Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70 — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. **O. Bollinger**, München. **H. Curschmann**, Leipzig. **C. Gerhardt**, Berlin. **W. v. Heineke**, Erlangen. **G. Merkel**, Nürnberg. **J. v. Michel**, Würzburg. **H. v. Ranke**, München. **F. v. Winckel**, München. **H. v. Ziemssen**, München.

№ 34. 23. August 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70.

45. Jahrgang.

Originalien.

Die Functionsprüfung des Gehörorgans.

Von Privatdocent Dr. *R. Eschweiler* in Bonn.

Die diagnostischen Hilfsmittel der Ohrenheilkunde sind die Inspection der sichtbaren Theile des Gehörapparats, die Auscultation der Paukenhöhle und die Functionsprüfung des Gehörorgans. Letztere gibt nicht nur für Diagnose, Therapie und Prognose wichtige Anhaltspunkte, sondern sie ist auch die interessanteste der diagnostischen Maassnahmen, weil hier noch manche Frage zu lösen ist und wichtige Punkte noch heiss umstritten werden. Ohne auf die Controversen einzugehen, welche bei Beurtheilung der Resultate der Functionsprüfung entstanden sind, werde ich mich bemühen, eine Uebersicht über das bis jetzt Erreichte zu geben und die praktisch wichtigen Functionsprüfungsmethoden zu beschreiben.

Unsere Functionsprüfung erstreckt sich auf dreierlei Fragen:

1. Wie gross ist im Allgemeinen die Hörfähigkeit?
2. Welche Art von Schallempfindungen wird percipirt?

Die erste Art der Prüfung kann die quantitative, die zweite die qualitative Functionsprüfung genannt werden. Ich muss jedoch betonen, dass eine vollständige Trennung beider nicht möglich ist, weil auch bei der quantitativen Prüfung implicite die Perception bestimmter Schallqualitäten geprüft wird.

Dazu kommt dann

3. eine Untersuchungsmethode, welche uns aus der Schallperception durch die Kopfknochen und aus dem Verhältniss dieser zu der Perception durch die Luftleitung einen Aufschluss darüber geben soll, ob der schallzuleitende Apparat oder der schallempfindende Apparat erkrankt ist.

Die praktisch wichtigste Prüfung ist die der Hörfähigkeit im Allgemeinen, die quantitative Hörprüfung. Die Mittel zur Untersuchung bietet entweder ein Apparat, welcher Geräusche von constanter Intensität und gleichem Charakter hervorbringt, oder die Sprache.

Von den ziemlich zahlreichen Hörmessern, die auf dem erstgenannten Princip beruhen, greife ich nur die Uhr und den Politzer'schen Hammer heraus; telephonische und phonographische Apparate haben sich theils nicht bewährt, theils sind sie zu complicirt, oder zu theuer, um in die Praxis überzugehen. Die Uhr hat den grossen Vorzug, dass sie immer zur Hand ist, und dass ihre geringe Schallintensität auch in kleinen Räumen eine Untersuchung geringer Grade von Schwerhörigkeit gestattet. Natürlich muss stets dieselbe Uhr mit völlig gespannter Feder benutzt werden. Sie wird aus der Ferne dem Ohr genähert, bis das Ticken deutlich gehört wird. Umgekehrt darf nicht verfahren werden, denn die Reizschwelle beim Abklingen einer Gehörsempfindung liegt weiter hinaus, als diejenige beim Anklingen. Wenn man nun vorher die Entfernung bestimmt hat, in der ein normales Ohr das Ticken hört, dann kann man die Hörweite durch einen Bruch ausdrücken, in dessen Nenner der normale Werth, in dessen Zähler der gefundene Werth der Hördistanz steht. Diese Methode gibt sehr rasch ein für jeden Untersucher subjectives Urtheil über die Hörschärfe des Patienten, sie eignet sich jedoch nicht, da jeder Untersucher mit einer anders tickenden Uhr untersucht, zu einer wissenschaftlichen Berichterstattung über ein Resultat. Um ein einheitliches Maass zu gewinnen, construirte daher Politzer seinen Hörmesser. Derselbe besteht aus einem kleinen Stahlcylinder, der durch Abfeilen auf einen bestimmten Ton gestimmt ist. Auf diesen Cylinder fällt ein Hämmerchen von constantem Gewicht aus constanter Höhe, d. h. mit stets gleicher Kraft herab. So kommt denn eine bei allen Politzer'schen Hämmern sich stets gleichbleibende Intensität und Art des Geräuschs zu Stande, vorausgesetzt natürlich, dass alle Hörmesser nach Politzer's Originalhammer abgestimmt werden.

Untersucht man nun einen Patienten mit dem beschriebenen Apparat, so findet sich oft ein auffallendes Missverhältniss zwischen dem Sprachgehör und dem Gehör für das Hammerticken. Leute, welche den Hammer auf 1—2 m Entfernung hören, können so schwerhörig sein, dass sie laute Sprache nur dicht am Ohr hören. Meist erhält man in diesen Fällen bei der Prüfung die Antwort: «Ich höre wohl, dass Sie sprechen, kann aber nichts verstehen». Durch diese häufig zu machende Beobachtung werden wir darauf hingewiesen, dass die beste Methode zur quantitativen Gehörsprüfung die Sprache ist. Das Sprachgehör eines Schwerhörigen gibt den besten Maassstab dafür, inwiefern das Gehörorgan des Betreffenden für seinen Verkehr mit den Mitmenschen brauchbar ist. Die grosse Verschiedenheit in der Perception des Hörmessers und der Sprache beruht darauf, dass im Politzer'schen Hammer sehr einfache Verhältnisse vorliegen bezüglich Tonqualität, Tonintensität und Präsentationszeit: nur ein Ton (c^2) gemischt mit Obertönen wird in ziemlich bedeutender Intensität und mit sehr langer Präsentationszeit dem Ohr geboten.

Wie anders ist es bei der Sprache! Hier wechselt die Höhe, die Intensität und die Präsentationszeit der zahlreichen, die Laute und Worte componirenden Töne in der mannigfaltigsten Weise. So kommt eine sehr verschieden grosse Hörweite der Sprachcomponenten zu Stande. Am besten werden die Vocale percipirt. Nach einer Zusammenstellung Oscar Wolff's beträgt die Hörweite für die in der Conversationssprache ausgesprochenen Buchstaben: für a 360, o 350, e 330, i 300, u 280 Schritte. Dazu kommt nun die Combination dieser relativ leicht hörbaren Wortbestandtheile mit den Consonanten. Mit Ausnahme der leicht zu percipirenden Zischlaute ist ihre Hörweite eine viel geringere, als bei den Vocalen, z. B. f 67, k und t 63, r 41, b 18 Schritte. Ganz besonders schlecht werden endlich die sogenannten tonborgenden Consonanten gehört, nämlich L, M, N, H. Nicht nur ihre Intensität, sondern auch ihre Präsentationszeit ist ausserordentlich klein; wie wichtig aber letztere für die Schallwahrnehmung ist, wird am besten illustrirt durch eine Beobachtung Dennert's. Dennert liess eine tönende Stimmgabel vor dem Ohr hin und her pendeln, bis kein Ton mehr gehört wurde. Hielt er dann die Stimmgabel in gleicher Entfernung ruhig vor das Ohr des betreffenden Individuums, so wurde der Ton wieder wahrgenommen. Bei der verschwindend kleinen Präsentationszeit und der geringen Intensität werden nun die tonborgenden Consonanten an erster Stelle, dann die Consonanten (mit Ausnahme der Zischlaute) überhaupt schon bei verhältnissmässig geringer Hörstörung ausfallen, und es gelingt dann nicht mehr, aus den noch percipirten Vocalen die richtigen Worte zu bilden.

Die Methodik der Prüfung mit der Sprache ist folgende: Wir bedienen uns je nach dem Grade der Schwerhörigkeit entweder der Flüstersprache, oder der Conversationssprache. Vorwiegend die Flüstersprache ist geeignet zur Prüfung, weil bei ihr die grossen Unterschiede in der Hörweite der Vocale und der Consonanten einigermaassen nivellirt sind. Ihre Stärke lässt sich dadurch reguliren, dass man nur die Reserveluft der Lunge benutzt. Bei geringeren Graden von Schwerhörigkeit genügt oft die Grösse der zu Gebote stehenden Räume nicht. In diesen Fällen hat man sich dadurch geholfen, dass man die Worte dem Patienten nicht in directer Linie zuspricht, sondern ganz oder halb vom Patienten abgewandt. In diesem Sinne spricht man von doppelt abgewandter, abgewandter und zugewandter Flüstersprache. Sehr wichtig ist die Frage, welche Worte gewählt werden sollen. Es müssen jedenfalls Worte sein, welche dem Verständniss des Patienten nahe liegen, und aus diesem Grunde erfreuen sich die Zahlworte der grössten Beliebtheit. Der einzige Einwand, den man gegen ihren Gebrauch erhebt, ist der, dass die zu Untersuchenden gar zu leicht die Worte errieth en. Das ist meiner Ansicht nach nicht richtig. Denn es erstreckt sich die Prüfung ja nur auf das prompte Percipiren. Man merkt sofort an der Schnelligkeit der Antwort oder an theilweise falsch wiedergegebenen Worten, ob der Patient räth, oder gehört hat. Ein Rathen innerhalb enger Grenzen darf man zudem in seine Rechnung einbeziehen, weil im Leben bei der Conversation derselbe Fehler gemacht, und somit der Maassstab für die Brauchbarkeit des betreffenden Gehörorgans in der Praxis nicht geändert wird. Nur davor hat man sich natürlich zu hüten, dass der Patient dem Arzt die Worte vom Munde abliest. Nimmt man keine Zahlworte, so ist man genöthigt, je nach dem Bildungsgrad der Leute seine Probeworte zu wählen, Bei Ueberschätzung desselben würde man aber grobe Fehler machen, da das Wortgehör für unbekannte Wörter ja ein viel geringeres ist, als für bekannte.

Stets muss eine grössere Anzahl von Zahlworten zur Prüfung vorgesprochen werden, damit man einen Mittelwerth herausbekommt, welcher der Brauchbarkeit des Ohres entspricht. Es geht nämlich aus dem vorher über ungleiche Perception der Sprachcomponenten Gesagten hervor, dass die verschiedenen Zahlworte sehr ungleich percipirt werden. Dem angeführten Wolff'schen Schema entspricht es, dass die am schwersten hörbare Zahl die Zahl 100 ist. Nicht nur ist H der am schwersten zu percipirende Vocal, sondern auch das H des Anlauts stellt einen sehr geringen Reiz für das Gehörorgan dar. Man sieht daher am besten ganz von dieser Zahl ab. Von den anderen Zahlwörtern sind die aus 2, 3 und 6 zusammengesetzten noch am leichtesten zu hören, während 4, 5, 7, 8, 9 wieder schwerer percipirbar sind.

Bezold hat gezeigt, dass geübte Diagnostiker aus dem vorzugsweisen Ausfall bestimmter Zahlworte einige Anhaltspunkte für die Natur des Leidens gewinnen können. Es hängt dies damit zusammen, dass die einzelnen Vocale und Laute einen Eigenton verschiedener Höhe haben, und diese ist ja, wie nachher noch ausführlicher auseinandergesetzt werden soll, von grossem Einfluss auf die Perception. Dazu kommen noch empirisch gemachte Erfahrungen. So wird z. B. bei Erkrankungen des Labyrinths erfahrungsgemäss die Zahl 7 schlecht percipirt. Zum Theil jedenfalls desshalb, weil der Eigenton des i sehr hoch, d. h. innerhalb der Strecke der Tonscala liegt, welche bei Labyrintherkrankungen defect wird. Die Zahl 8, deren Vocal nach O. Wolff so gut hörbar ist, wird bei sklerotischen Processen in der Paukenhöhle oft sehr schlecht percipirt. Ganz merkwürdig ist dieser Ausfall in den zusammengesetzten Zahlen, die mit 8 anfangen, z. B. achtunddreissig; die Patienten antworten beständig: «dreissig».

Derartige für den Ohrenarzt interessante Details liessen sich noch mehrere aufzählen.

Für die Praxis kommt es bei der Prüfung mit der Flüstersprache vorwiegend darauf an, festzustellen, wie viel vom normalen Perceptionsvermögen noch übrig ist, und da ist es nöthig, vorerst die normale Hördistanz für die zugewandte, mit der Reserveluft der Lunge ausgesprochene Flüstersprache zu kennen. Hier sind nun die Angaben verschieden. Bei den militärärztlichen Untersuchungen wird 20 m als Normaldistanz angenommen. Diese Zahl ist offenbar für eine Reihe von normalen Ohren zu hoch, für andere viel zu niedrig bemessen. Es fand Dennert bei Schulkindern noch auf 35 bis 40 m Entfernung Perception für Flüstersprache. Es existiren eben hier, wie beim Auge, grosse individuelle Schwankungen innerhalb der normalen Breite. Es ist desshalb interessanter, die Minimalsätze mehrerer Reglements zu betrachten. Die preussische Wehrordnung verlangt zum Eintritt in den activen Dienst und zur Felddienstfähigkeit mehr als 4 m. Leute mit Flüstersprachengehör von 4 m bis herab zu 1 m sind noch ersatzreservepflichtig resp. garnisonsdienstfähig. Diese Werthe sind übrigens, wie nebenbei bemerkt werden soll, zu niedrig. Die preussischen Eisenbahnverwaltungen verlangen beiderseits 7 m für Flüstersprache. Zwaardemaker, welcher an holländischen Eisenbahnbeamten Prüfungen mit den gebräuchlichen Eisenbahnsignalen angestellt hat, hält unterhalb einer Hörweite von 1 m für abgewandte Flüstersprache die Leute für den Dienst im Eisenbahnbetrieb für unbrauchbar.

Die meisten Untersucher nehmen die Zahl 20 als Normalwerth an und drücken dann die Hörschärfe durch Angabe der Zahl aus, welche die Hörweite angibt. Also z. B. Fl = 5, d. h. der Patient hört Flüstersprache auf 5 m Entfernung.

Wir kommen nun zur qualitativen Prüfung. Um genau zu erkennen, welche Töne percipirt werden, muss natürlich mit einer möglichst grossen, ununterbrochenen Tonscala untersucht werden. Das hat Bezold ermöglicht, indem er mit Hilfe des Physikers Prof. Edelmann in München die sogenannte continuirliche Tonreihe herstellte.

Die continuirliche Tonreihe besteht aus 10 Stimmgabeln, aus 2 gedachten Orgelpfeifchen und aus dem Galtonpfeifchen, welches im Wesentlichen auch ein gedachtes Orgelpfeifchen von sehr kleinen Dimensionen ist.

Die tiefsten Stimmgabeln sind mächtige Gabeln aus Glockenmetall mit schweren Laufgewichten auf den Zinken. Durch die Gewichte wird nicht nur das Entstehen von Obertönen verhindert, sondern es kann auch durch ihre Verschiebung auf den Gabelzinken die Tonhöhe der Stimmgabel variirt werden; so enthält jede Stimmgabel eine Quinte, und es reicht dadurch die Tonreihe innerhalb der Stimmgabelserie von einem Tone von 14 Schwingungen in der Secunde bis zum Ton c^3 mit 1024 v. d. Von hier an aufwärts benutzt Bezold 2 gedachte Orgelpfeifen mit verschiebbarem Stempel, und es endigt die Tonreihe im Galtonpfeifchen, welches Bezold in verbesserter Form hat herstellen lassen, mit dem a der siebengestrichenen Octave. Der Ton hat 55 000 Schwingungen in der Secunde.

In dieser Tonreihe, welche 11 Octaven umfasst, haben wir ein ideales Mittel, um den ganzen Hörbereich des menschlichen Ohrs abzusuchen.

Natürlich ist eine derartige Untersuchung mühevoll und zeitraubend und wird daher nur in Fällen vorgenommen, wo es sich um Klärung wissenschaftlicher Fragen handelt. Auch der Anschaffungspreis von 400 M. für die ganze Tonreihe ist für die Einbürgerung in der Praxis zu hoch. Zu diagnostischen Zwecken hat man sich demgemäss mit einzelnen aus der continuirlichen Tonreihe ausgewählten Tönen zu helfen gesucht und zwar nach dem Vorschlage Hartmann's mit den Tönen $c = 128$, $c^1 = 256$, $c^2 = 512$, $c^3 = 1024$, $c^4 = 2048$ Schwingungen. Das Galtonpfeifchen ist aus gleich anzuführenden Gründen stets unentbehrlich.

Die continuirliche Tonreihe hat es nun ermöglicht, manche früher aus der Erfahrung bekannte Thatsachen genauer nachzuprüfen und wissenschaftlich zu erhärten. Zunächst hat man zeigen können, dass sowohl nach oben als nach unten hin das Ohr mehr Töne percipirt, als man früher glaubte. Es wird ein Ton von 11 Schwingungen per Secunde noch percipirt (in die Bezold'sche Reihe ist dieser Ton aus praktischen Gründen nicht aufgenommen), ebenso noch der höchste Ton des Galtonpfeifchens mit 55 000 Schwingungen. Ferner hat man nachgewiesen, dass es die beiden Enden der Tonscala sind, welche bei Erkrankungen des Gehörorgans am ehesten mangelhaft percipirt werden, und ich will gleich anführen, dass durchweg die Krankheiten des schallleitenden Apparats das untere Ende der Tonscala hinaufrücken, dass dagegen ein Tonausfall am oberen Ende der Tonreihe auf eine Labyrinthaffection schliessen lässt.

Endlich hat die Untersuchung mit der continuirlichen Tonreihe demonstriren können, dass es in Folge Erkrankung des Gehörorgans bei erhaltenem Sprachgehör Tonlücken geben kann, und dass andererseits bei vielen für völlig taub gehaltenen Personen beträchtliche Hörreste existiren.

Was zunächst die Einschränkung der percipirten Tonscala angeht, so sind es oft nur wenige Töne, welche oben oder unten fehlen, oft dagegen auch ausgedehnte Defecte, welche dann natürlich auch grobe, sofort auffallende Sprachtaubheit veranlassen. Besonders wichtig ist der Nachweis kleiner Defecte für die Diagnose und Prognose, denn es gelingt oft, derartige Einschränkungen der Scala am oberen Ende und damit eine beginnende Labyrintherkrankung nachzuweisen, wenn sonst das Gehör noch gut ist. Wir dürfen in diesen Fällen auf Labyrinthaffection schliessen, weil für die Perception der hohen und höchsten Töne der schallzuleitende Apparat keine wesentliche Rolle spielt. Bei abgelaufenen Mittelohreiterungen mit ausgedehnten Defecten von Trommelfell und Gehörknöchelchen wird die Tonscala bis zu ihrem obersten Ende percipirt. Wenn demgemäss die Erkrankung des schallzuleitenden Apparats nicht für eine Herabsetzung der Perception hoher Töne verantwortlich gemacht werden kann, so bleibt nichts Anderes übrig, als eine Functionsstörung im Labyrinth anzunehmen.

Anders ist es mit dem untern Ende der Scala. Auch wenn nachgewiesenermaassen das Labyrinth intact ist, fallen die tiefen Töne der Scala bei Störungen im schallzuleitenden Apparat aus.

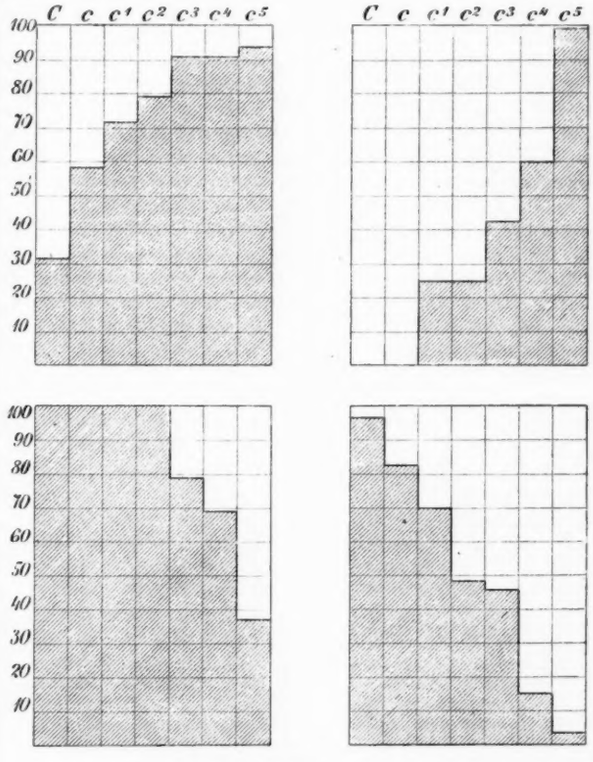
Es ist bestritten worden, dass ein Defect am oberen Ende der Scala immer für Labyrintherkrankung charakteristisch sei. Brunner z. B. hat gefunden, dass auch Ceruminalpfröpfe eine Herabsetzung der Perception für die obersten Galtontöne zur Folge haben können. Hiergegen kann man indess mit Fug und Recht einwenden, dass durch die Spannungsanomalien in der Gehörknöchelchenkette, wie sie ein Ceruminalpfropf herbeiführen kann, auch Anomalien des intralabyrinthären Drucks und somit der Labyrinthfunction eintreten können. Jedenfalls kann man als sicher annehmen, dass ein Herabrücken der oberen Tongrenze um einige Töne nur bei Labyrinthaffection vorkommt. Durch die Prüfung mit der continuirlichen Tonreihe ist man eben darauf aufmerksam geworden, dass viel häufiger, als man früher geglaubt hat, gleichzeitig mit dem Mittelohr auch das Labyrinth erkrankt. Für die Sklerose, die Form der Mittelohrerkrankung, deren wesentliches anatomisches Substrat Adhaesivprocesse im Ligamentum annulare stapedis resp. Verkalkungen dort sind, hat man eine Ausnahme von der eben genannten Regel machen zu müssen geglaubt. Aber es mehren sich jetzt die Sectionsberichte, in denen knöcherne Auflagerungen ausgehend vom Lig. annul. stap. sich bis in die Scala vestibuli hinein erstreckten. Hier war also doch schon eine Labyrintherkrankung vorhanden und auf sie, nicht auf die Sklerose des Mittelohrs musste der Tonausfall am oberen Scalaende bezogen werden.

Wie schon vorher bemerkt, beschränken sich diese Defecte in der Tonreihe nicht auf deren oberes und unteres Ende, sondern es kommen auch Tonlücken vor. Auf lange Strecken der Tonscala, welche percipirt werden, folgen dann Defecte kleinerer Tonreihen. Es wäre höchst wichtig, wenn solche Fälle später pathologisch-anatomisch genau analysirt würden. Es liesse sich so feststellen, ob der Helmholtz'schen Theorie entsprechend die Tonempfänger der Schnecke in ununterbrochen fortschreitender und der Tonscala entsprechender Reihe angeordnet sind.

Wenn die Tonlücken grösser sind, als die percipirten Tonstrecken, so sprechen wir von Toninseln. Auch hier hat die Untersuchung mit der continuirlichen Tonreihe sehr interessante Ergebnisse geliefert. Besonders lehrreich waren Bezold's Untersuchungen an Taubstummen; es zeigte sich, dass in zahlreichen Fällen von Taubstummheit oft noch recht beträchtliche Reste von Tongehör übrig waren und es sich demgemäss oft der Mühe lohnt, dieses Tongehör dem Sprachunterricht nutzbar zu machen. Das Letztere gelingt aber nur dann, wenn jene Insel den Bezirk umfasst, welcher für das Sprachgehör nöthig ist, und zwar ist das die kurze Tonreihe b'—g'', welche nahe über dem Pariser a liegt. «Diese Strecke ist die Mitte der Reihe, welche die Eigentöne der Vocale enthält, während diese letztere selbst wieder ungefähr in der Mitte der ganzen Tonscala liegt, welche für das menschliche Ohr percipirbar ist.» (Bezold.)

Ich will nicht näher auf die auch sonst noch interessanten Ergebnisse der Taubstummenuntersuchung eingehen, sondern am Schluss der Besprechung über Prüfung des Tongehörs kurz beschreiben, wie Hartmann seine jetzt allgemein in die Praxis eingeführte graphische Methode der Construction eines objectiven Hörfeldes begründet hat. Hartmann wählt nach dem vorher erwähnten Princip die verschiedenen c der Tonscala. Er schlägt mit möglichst gleichbleibender Kraft die Stimmgabeln an, wobei ich hinzufügen muss, dass erfahrungsgemäss nur sehr grobe Unterschiede in der Anschlagsintensität auf die Perceptionsdauer einen Einfluss ausüben. Von jeder Stimmgabel ist constatirt, wie lange sie vom normalen Ohr gehört wird, und so kann die procentuale Hörzeit derselben beim Untersuchten berechnet werden nach der Gleichung: die normale Hördauer verhält sich zur gefundenen Hördauer wie 100 zu x.

Den Procentsatz an Hörschärfe für die einzelnen Töne trägt nun H. in ein aus kleinen Quadraten zusammengesetzes Schema von der Form eines Parallelogramms ein. Auf der kurzen Seite desselben sind für jede Reihe von quadratischen Feldern die Töne, auf der langen Seite die Zahlen 0, 10, 20 u. s. w. bis 100 für jede Reihe bemerkt. Für jeden Ton wird dann soweit nach oben hin schraffirt, als die procentuale Hörzeit des Untersuchten beträgt. Die nachstehende Abbildung gibt nach diesem Princip von Gradenigo aufgezeichnete Hörfelder wieder. Man sieht den verschiedenartigen Tonausfall bei Mittelohr- und Labyrintherkrankungen.



Die bisher geschilderten Prüfungsmethoden haben sich alle nur damit befasst, wie das Ohr Töne, Geräusche und Sprache auf natürlichem Wege, d. h. durch Zuleitung mittels der Luft und des schallleitenden Apparates percipirt. Ich komme jetzt zum letzten Abschnitt, nämlich zur Prüfung der Schallperception durch die Kopfknochen und zu dem Vergleich dieser mit der Perception durch die Luftleitung.

Das Ohr folgt dem allen Sinnesorganen gemeinsamen Gesetz, dass von Reizen gleicher Grösse der auf normaler Bahn zu ihm gelangende der stärkst wirkende ist. Es wird demgemäss der durch die Luft auf Trommelfell und Gehörknöchelchen treffende und so dem Nervenendorgan übermittelte Schall besser percipirt,

als wenn er durch die Kopfknochen dem Labyrinth zugeführt wird. Wir fassen diese Worte zusammen in dem Satz: Unter normalen Verhältnissen ist die aerotympanale Leitung besser, als die osteotympanale. «Tympanal» sind beide zu nennen, denn es ist nicht möglich, bei der directen Leitung durch die Kopfknochen den schallzuleitenden Apparat ganz auszuschliessen. Es geräth nämlich nicht nur die Luftsäule im Gehörgang und Mittelohr in Schwingung, sondern auch dem Trommelfell und den Gehörknöchelchen theilen sich moleculare Schwingungen mit. Diese Mitwirkung des schallzuleitenden Apparates tritt jedoch zurück gegen die directe Uebermittlung des Schalls durch die Kopfknochen. Wenn wir also die Kopfknochenleitung prüfen, so machen wir uns von Störungen im Mittelohr einigermaassen unabhängig und wir dürfen daher eine Verschlechterung der Perception durch die Kopfknochen auf Rechnung einer Labyrintherkrankung setzen. Um so mehr dürfen wir das, weil die weitaus grösste Zahl von Erkrankungen des schallzuleitenden Apparates nicht nur nicht zu einer Verschlechterung, sondern sogar zu einer Verstärkung der osteotympanalen Leitung führt. Es gilt also der zweite Satz:

Die Abschwächung der Perception durch die Kopfknochen ist durchweg auf eine Labyrintherkrankung zu beziehen.

Der Grundsatz: normaler Weise ist aerotympanale Leitung besser als osteotympanale, findet seinen Ausdruck im Rinne'schen Versuch: Wenn man eine tönende Stimmgabel auf den Warzenfortsatz setzt und dort erklingen lässt, bis die Versuchsperson den Ton nicht mehr hört, so wird letzterer wieder hörbar, wenn man nun die Zinkenenden der Gabel vor's Ohr hält. Wenn das eintritt, so sagen wir, der Rinne'sche Versuch ist positiv (+ R), wenn nicht, negativ (— R). Der Rinne'sche Versuch wird negativ, wenn die aerotympanale Leitung gleich der osteotympanalen, oder schlechter, als die osteotympanale Leitung wird.

Ist die Luftleitung schlechter als normal, aber noch besser, als die Knochenleitung, so wird der Rinne'sche Versuch verkürzt. Wir können dies constatiren, indem wir die für den Patienten auch in der Luftleitung abgeklungene Gabel vor das eigene Ohr halten.

Es ist demgemäss möglich, mit dem Rinne'schen Versuch die absolute Grösse der Schallperception auf aerotympanalem Wege und ihr Grössenverhältniss zur osteotympanalen Leitung zu prüfen. Dagegen gibt der Versuch keinen Anhaltspunkt für die absolute Grösse der Schallperception durch die Kopfknochenleitung, dazu dient vielmehr der Schwabach'sche Versuch:

Die Stimmgabel wird auf den Warzenfortsatz gesetzt, bis der Patient angibt, nichts mehr zu hören; dann führt man sie an den eigenen Processus mastoides und constatirt so, ob eine Abschwächung der Perception beim Untersuchten besteht.

Eine Verstärkung der osteotympanalen Leitung kann ich sowohl durch umgekehrte Anordnung des Schwabach'schen Versuches nachweisen — ich lasse auf dem eigenen Warzenfortsatz den Ton erklingen und sehe, ob der Patient dann noch etwas hört —, oder es ergibt sich die Verstärkung, falls sie einseitig ist, kraft des Weber'schen Versuches.

Während der Rinne'sche Versuch das Verhältniss der aerotympanalen Leitung zur osteotympanalen auf einem Ohre prüft, gibt der Weber'sche Versuch Auskunft über das Verhältniss der osteotympanalen Leitung des einen Ohrs, zu der des andern.

Der ursprüngliche Weber'sche Versuch war folgender: Man setzt die schwingende Stimmgabel auf den Scheitel des Patienten. Wenn beide Ohren normal sind, so wird die Tonempfindung in den Kopf verlegt. Verschliesst man dann ein Ohr, so wird der Ton in dieses verlegt, d. h. also: wenn ich in einem Ohr Bedingungen schaffe, welche der Function des schallzuleitenden Apparates ungünstig sind, in diesem Falle also durch Verstopfen des äusseren Gehörgangs, so wird die osteotympanale Leitung zu diesem Ohre besser, ich verlege also die Gehörsempfindung in dieses. Wenn wir nun die tönende Stimmgabel auf den Scheitel des Patienten setzen, und er gibt an, dass er den Ton auf einem Ohre höre, so ist der Rückschluss erlaubt, dass hier die osteotympanale Leitung besser ist, als auf der anderen Seite. Damit ist nicht gesagt, dass hier eine Verstärkung der Knochenleitung vorhanden sei, sondern es kann auch eine Herabsetzung derselben auf dem andern Ohr dieses Ueberwiegen nach einer Seite hin verursachen. Zwischen diesen Möglichkeiten entscheidet dann der Schwabach'sche Versuch: Ist die Knochenleitung auf dem im Weber'schen Versuch scheinbar nicht empfindenden Ohr normal, so ist auf dem empfindenden Ohr die Knochenleitung verstärkt.

Das sind die wichtigsten Versuche, welche unserer Diagnostik bei der Concurrenz von Erkrankungen des mittleren und des inneren Ohres zu Gebote stehen. Um ihre Bedeutung für die Diagnose noch genauer zu erkennen, gehen wir am besten von zwei Schulfällen aus.

Zunächst sei angenommen, der Patient leide an einer einseitigen, auf das Mittelohr beschränkten Krankheit. In diesem Fall wird ergeben:

a) der Schwabach'sche Versuch: beiderseits osteotympanale Leitung nicht abgeschwächt;

b) der Weber'sche Versuch: der Ton wird auf dem kranken Ohr gehört;

c) der Rinne'sche Versuch ist verkürzt, oder negativ, denn die Knochenleitung ist nicht geschwächt, die Luftleitung dagegen wohl in mehr oder weniger hohem Grade. Wenn sie der Knochenleitung gleich wird, oder sogar schlechter als diese, so fällt der Versuch negativ aus.

Zweitens sei angenommen, der Patient leide an einer einseitigen, auf das Labyrinth beschränkten Erkrankung. In diesem Fall wird sich ergeben:

a) beim Schwabach'schen Versuch: die osteotympanale Leitung ist auf der kranken Seite abgeschwächt;

b) beim Weber'schen Versuch: der Ton wird auf dem gesunden Ohr gehört, denn das kranke bleibt in der Perceptionsstärke zurück, wir verlegen also die Gehörsempfindung nach dort, wo sie am stärksten ist;

c) beim Rinne'schen Versuch: der Versuch fällt positiv aus; auf dem kranken Ohr ist zwar die Knochenleitung und die Luftleitung herabgesetzt, aber das Verhältniss beider zu einander ist dasselbe geblieben. Es überwiegt also auch hier die verkürzte Lufleitung über die verkürzte Knochenleitung.

So leicht, wie die Diagnose nach den angeführten Beispielen scheint, ist sie nicht immer. Sowohl der Schwabach'sche, als der Weber'sche und der Rinne'sche Versuch lassen uns zuweilen im Stich, und zwar ist das zunächst häufig der Fall bei alten Leuten. Am Ende der fünfziger Jahre ist aus einer Abschwächung der Knochenleitung nichts mehr zu schliessen, weil diese Abschwächung physiologisch sein kann. Ist die Knochenleitung dagegen normal, dann gibt sie einen werthvollen Anhaltspunkt für Intactheit des Labyrinths. Aber auch bei jüngeren Leuten gibt es Ausnahmen von der Regel. Zunächst ist eine Abschwächung der osteotympanalen Leitung, wenn auch selten, bei Fixationen im Schallleitungsapparat gefunden worden. Wahrscheinlich ist in solchen Fällen die Drucksteigerung im Labyrinth schuld an dessen Functionsuntüchtigkeit.

Der Weber'sche Versuch gibt bei einer einseitigen Erkrankung nur des Mittelohrs oder nur des Labyrinths ein sehr sicheres diagnostisches Merkmal, aber bei Complicationen beider Erkrankungen, oder bei beiderseitigen Affectionen verschiedener Art, oder verschiedenen Grades kann er nicht immer ein klares Ergebniss liefern. Man denke sich zum Beispiel auf der einen Seite eine Mittelohrerkrankung, welche den Schall nach hier zu ziehen bestrebt ist, verbunden mit einer Labyrintherkrankung, welche hier die Perception geschwächt hat. Aus dieser Combination kann eine Resultante für die Knochenleitung entstehen, welche derjenigen des andern Ohres gleich wäre, und der Versuch ergäbe anscheinend normale Verhältnisse.

Die Combination von Labyrinth- und Mittelohrerkrankung ist es auch, welche den Rinne'schen Versuch zuweilen seiner diagnostischen Kraft beraubt. Haben wir z. B. eine Labyrintherkrankung mit einer Mittelohrerkrankung zusammen, so wird kraft der ersteren die osteotympanale und aerotympanale, kraft der letzteren besonders noch die aerotympanale Leitung herabgesetzt und es kann somit weder der positive, noch der negative Ausfall des Versuchs etwas beweisen.

Mit dem eben Gesagten soll jedoch nicht der Werth der drei Versuche als illusorisch hingestellt werden. Nur das ist fest-

zuhalten, dass man die drei Versuche miteinander combiniren muss, um sie in der Diagnostik zu verwerthen, und dass eine Vergleichung ihrer Resultate mit denjenigen der qualitativen Gehörsprüfung nöthig ist, um vor gelegentlichen Irrthümern bewahrt zu bleiben.

Aus der I. medicinischen Klinik des Herrn Professor Friedrich v. Korányi in Budapest.

Einfluss der Gastroenterostomie auf die Secretionsvorgänge des Magens.

Von Dr. *Géza Kövesi.*

«Wir sind über die Zeit hinausgegangen, in welcher man die Magenoperationen bloss als glänzende Kunststücke operativer Technik bewundert hat.» Nichts kennzeichnet besser den nie geahnten Aufschwung der Magen- und Darmchirurgie seit den bahnbrechenden Leistungen Billroth's und Péan's, als diese wenigen, aber kraftvollen Worte Mikulicz's; es ist dies das Resultat des glücklichen Zusammentreffens der minutiösen, auf der functionellen Untersuchung beruhenden Magendiagnostik mit dem Fortschritte der Operationstechnik; welch' reiche Früchte trug auch auf diesem Gebiete das Zusammenwirken des Klinikers und des Chirurgen! Bisher wurde aber die Frage der Magenoperationen grösstentheils vom chirurgischen Standpunkte aus erörtert, hauptsächlich wurde auf die Vervollkommnung der Operationstechnik und im gegebenen Falle auf die Wahl des Operationsmodus das Hauptaugenmerk gerichtet und erst in neuester Zeit verfolgt man mit Interesse die Veränderungen der Magenthätigkeit nach vollzogener Operation, die diesbezüglichen Mittheilungen sind aber in der Literatur nur in spärlicher Zahl vorzufinden.

Diese Untersuchungen beanspruchen unsere besondere Aufmerksamkeit nicht nur vom therapeutischen Standpunkte aus, sondern man kann ihnen sozusagen einen experimentell-pathologischen Werth beimessen, so dass sie sogar in gewissen Fällen zur Klärung der vielen auf dem Gebiete der Magenpathologie noch bestehenden strittigen Fragen so Manches beitragen können. Die in der Literatur vorfindlichen Angaben dieser Art beziehen sich zumeist auf die Veränderungen der motorischen Thätigkeit des Magens, der Magenchemismus wird unverdienter Weise vernachlässigt, so dass darüber überhaupt keine oder nur spärliche und unvollkommene Angaben vorhanden sind; es würde eben zu weit führen, die Ursachen dieser Erscheinung zu erörtern, ich beschränke mich demnach bloss auf die Mittheilung des Falles, da jede Mitteilung, welche zur Ausfüllung dieser in unserem Wissen bestehenden Lücke, wenn auch nur in geringem Maasse beiträgt, einem wissenschaftlichen Zwecke dient. Der folgende, auf der I. medicinischen Klinik beobachtete Fall bietet in Hinsicht des nach der Operation veränderten Magenchemismus so manches Interessante.

Johann B., 56 Jahre alt, suchte die Klinik am 2. März 1898 wegen eines Magenleidens auf. Vor 35 Jahren über ein halbes Jahr bestehende Gelenksentzündung; vor 12 Jahren, wo Patient noch als Zimmermaler viel mit Bleifarben arbeitete, traten heftige Unterleibsbeschwerden auf, zu gleicher Zeit bestanden schmerzhafte Anschwellungen der Handgelenke. Auf ärztlichen Rath gab er seine Beschäftigung auf, worauf die Schmerzanfälle aufhörten und die Gelenksaffectionen sich auch zurückbildeten. Andere Symptome der chronischen Bleiintoxication waren nicht vorhanden. Den Anfang seiner jetzigen Krankheit schildert Patient in folgender Weise: Vor 8 Monaten stellten sich die Unterleibsschmerzen von Neuem ein, zu welchen sich aber auch eine neue Erscheinung gesellte, nämlich häufiges Erbrechen, welches unregelmässig auftrat, zeitweise halbstündlich, ein andermal wieder mit 1—2tägigen Pausen, während welcher sich aber ein Gefühl von Vollsein einstellte, welches manchmal sogar zu Schmerzanfällen führte, bis durch Erbrechen grösserer Mengen — nach Schätzung des Patienten 1—2 Liter — eine Erleichterung eintrat; zum erstenmal war das Erbrochene dunkelbraun gefärbt und bestand zumeist aus unverdauten Speiseresten. Haematemesis war nicht vorhergegangen. Während dieser Zeit magerte Patient rapid ab: öfter ein brennendes Gefühl im unteren Theile der Speiseröhre; Appetit wäre vorhanden, aber sofort nach dem Genuss der Speisen tritt Brechreiz auf; ausser diesen Erscheinungen häufig Kopfschmerzen und Schwindelgefühl.

Der Kranke ist von kleiner Statur und macht der hochgradigen Abmagerung halber den Eindruck eines schwer Kranken: Hautfarbe sehr blass. Oberer Theil des Abdomens hervorgewölbt, Magengegend gibt die Resistenz eines mit Luft gefüllten Kissens, Epigastrium ist aber eingesunken; durch kurze stossende Bewegungen mit den Fingerspitzen werden laute Plätschergeräusche, welche sich bis unter den Nabel fortpflanzen und lebhafte peristaltische Unruhe hervorgerufen; im übrigen Theile des Abdomens Kollern. In der Magengrube, hauptsächlich rechterseits, ist eine undeutliche Resistenz fühlbar, deren Grenzen nicht abtastbar sind. Grosse Curvatur bei Aufblasen mit Luft 9 cm unterhalb des Nabels, aber die kleine Curvatur liegt auch tiefer, nämlich 7 cm unterhalb des Proc. xyphoideus, es ist also Descensio ventriculi vorhanden.

Die Ergebnisse der mehrmals ausgeführten Untersuchungen des Mageninhaltes führe ich hier nur im Mittelwerthe an: Probefrühstück nach Ewald-Boas (79 g Semmel, 250 ccm Thee); nach einer Stunde konnte man 180 ccm Mageninhalt aushebern, zumeist aus grobverdauten Semmelresten bestehend. Mikroskopisch: Stärkekörnchen in grosser Zahl, ferner sprossende Hefezellen, Bacterien undZellkerne (Jaworski). Günsburg-, Tropaeolin-, Boas'sche Reaction auf freie HCl stark positiv. Biuretreaction intensiv. Milchsäurereaction nach Strauss negativ. Freie HCl: 0,164 Proc. (Riegel-Mintz); TA: 79 mit $^1/_{10}$ Na HO titrirt (0,288 Proc. in HCl-Werth. Amylolyse unvollkommen, indem das Filtrat mit schwacher Lugol'schen Lösung deutliche Violettfärbung gibt. Menge der rechtsdrehenden Substanzen: 2,5 Proc. in Zuckerwerth. Gasgährung intensiv, indem in 24 Stunden die ganze Röhre des Liebig-Einhorn'schen Apparates ausgefüllt ist ohne Zuckersusatz. Pepsinogen: 61 Proc. (nach Hammerschlag). Körpergewicht: 39,5 kg.

Das Alter des Patienten, die namhafte Abmagerung, das charakteristische Aussehen des Erbrochenen, ferner die vorgefundene Resistenz in der Magengegend führten zwar zuerst nothgedrungen zu der Annahme des Carcinoms, die chemische Untersuchung des Mageninhaltes aber, besonders die Salzsäureüberproduction und das ständige, negative Resultat der mehrmals ausgeführten Untersuchung auf Milchsäure konnten mit der obigen Annahme nicht recht in Einklang gebracht werden; gestützt auf den vorausgegangenen Saturnismus hätte die Annahme einer Gastritis sclerotisans auch eine gewisse Berechtigung; diese Krankheit aber, ebenso wie die etwa in Frage kommende Gastritis hypertrophica, sind immer mit Anacidität verbunden; welche Möglichkeit bietet sich also nach Ausschliessung dieser Erkrankungsarten, auf Grund deren die Ektasie erklärbar wäre? Einen Fingerzeig bietet uns zur Lösung dieser Frage das Resultat der chemischen Untersuchung; dem innerhalb unserer Verhältnisse relativ hohen Aciditätswerth gegenüber zeigt nämlich die freie HCl keine adaequate Vermehrung; eine Erscheinung, welche man hauptsächlich bei gutartigen Pylorusstenosen mit Ektasie und mit vermehrter Salzsäuresecretion vorfindet; diese Annahme war auch in vollständigem Einklange mit dem objectiven Befund; unsere Diagnose lautete: Cicatrisatio regionis pylori, gastroektasia et hyperaciditate hydrochlorica subsequentibus.

Beim Patienten wurden tägliche Magenspülungen mit einer alkalischen Lösung angewendet, aber mit wenig Erfolg; das Erbrechen stellte sich oft in profuser Menge (1—2 l) ein, der Kräfteverfall machte rapide Fortschritte; diese Erscheinungen drängten nach kurzer Zeit zum operativen Eingriff.

Am 24. März wurde die Operation durch Prof. Dollinger vollzogen, welchem ich auch an dieser Stelle meinen Dank für die gütige Ueberlassung des Operationsprotokolles ausspreche. Das Volumen des Magens war auf das zweifache erweitert, die Wandung hypertrophisch, an dem Pylorustheil eine circuläre Narbe, welche den Pförtner sozusagen gänzlich verschloss. Gastroenterostomia antecolica antica wurde vollführt. Zuerst hintere Serosanaht in der Nähe des unteren Randes der vorderen Magenwand, danach Durchtrennen der Magen- und Darmmuscularis und Vereinigung derselben. Diese Naht befindet sich circa 3—4 mm vor der hinteren Serosanaht. Hierauf wird der Magen und Darm in einer Länge von 6—7 cm eröffnet und die Wundränder der Schleimhaut circulär vernäht. Diesem folgt die Fortsetzung der sero-musculären Naht auf der vorderen Seite und zuletzt die vordere Serosanaht. Der angenähte Theil des Jejunums befindet sich beiläufig 40 cm unterhalb des Duodenums. Mit Rücksicht auf die eventuell sich einstellende Magenblutung wurde vor der Operation keine Magenspülung angewendet; während der Operation war in dem Magen eine beträchtliche Menge schleimigen Inhaltes, welcher während eines Brechactes sich auf das Operationsgebiet ergoss, desshalb wurde das Operationsterrain mit Sublimatmull sorgfältig abgetupft.

3 Tage Ernährungsklystiere, vom 4 Tag $^1/_4$—$^1/_2$stündlich zwei Esslöffel Milch. Patient hatte nie Erbrechen und im Uebrigen war der Krankheitsverlauf gänzlich fieberfrei und ungestört.

Die Ergebnisse der Magenuntersuchung nach 4 Wochen sind die folgenden:

Nach Ewald-Boas'schem Probefrühstück 360 ccm breiiger Mageninhalt. Mikroskopisch: Stärkekörnchen in mässiger Zahl, Bacterien und sprossende Hefezellen in grosser Menge, Jaworski'sche Zellkerne nicht vorfindbar. Günsburg-, Tropaeolin-Resorcinprobe positiv. Biuretreaction positiv. Milchsäureprobe negativ. Freie HCl: 0,0303 Proc.; TA: 42 mit $^1/_{10}$ Na HO titrirt (0,149 Proc. in HCl werth). Amylolyse normal, indem die Farbe der Lugol'schen Lösung auf Zusatz des Filtrats sich nicht ver-

änderte. Gasgährung intensiv, in 24 Stunden 3/4 Theil der Röhre ausfüllend. Pepsinogen 53 Proc.

Untere Grenze des Magens 3 Querfinger unterhalb des Nabels; die Aufblasung gelingt leicht; es entweicht keine Luft durch die neugebildete Oeffnung.

Erbrechen gänzlich aufgehört, keine Magenbeschwerden; Körpergewicht 46 kg.

Am 1. Juni stellte sich uns Patient von Neuem vor; der Magenbefund war folgender: 2½ Stunden nach dem Probefrühstück konnte man 80 ccm Mageninhalt aushebern; nach einer Stunde 200 ccm feinbreiiger, schwach grün gefärbter Mageninhalt, wobei ich bemerken muss, dass der Magen in jedem Falle mittels eines Saugapparates womöglich gänzlich entleert wurde. Mikroskopisch: Stärkekörnchen in spärlicher Zahl, grosse Mengen Bacterien und sprossende Hefepilze, keine Jaworski'schen Zellkerne.

Untersuchung auf freie HCl positiv. Milchsäurereaction negativ. Freie HCl: 0,091 Proc.; TA: 38 mit 1/10 Na HO titrirt (0,138 Proc. in HCl-Werth). Amylolyse vollkommen. Gasgährung in 24 Stunden minimal, nur einige Bläschen, in 36 Stunden ganze Röhre ausfüllend. Pepsinogen 54 Proc.

Untere Magengrenze zweifingerbreit unterhalb des Nabels. Körpergewicht 59,5 kg. Zur leichteren Uebersicht der Untersuchungsresultate stehe hier die folgende Tabelle:

Datum	Menge des Magen-inhaltes in ccm	Freie HCl (a)	TA mit 1/10 Na HO titrirt	TA in HCl-Werth (b)	a—b	Milch säure	Jodprobe	Mikroskopischer Befund	Gas-gährung	Pepsino-gen	Menge der rechts-drehenden Substanzen
4. III.	180	0,161 %	79	0,288 %	0,124	—	violett	Stärkekörnchen in grosser Zahl, Hefezellen, Zellkerne	Ganze Röhre	61 %	2,5 %
23. IV.	360	0,0803 %	42	0,149 %	0,069	—	rothbraun	Stärkekörnchen in mässiger Zahl, Bacterien u. Hefezellen	3/4 Röhre	53 %	5,8 %
1. VI.	80	0,091 %	38	0,138 %	0,047	—	rothbraun	Stärkekörnchen in spärlicher Zahl, Hefezellen	Ganze Röhre protrahirt	54 %	6,3 %

Bevor wir zur Würdigung der Untersuchungsergebnisse schreiten, möchte ich eine kurze Besprechung der diesbezüglichen Mittheilungen vorausschicken.

Ueber Magenuntersuchungen nach Gastroenterostomie in Folge von Pyloruskrebs berichten Jaworski (operirt durch Rydygier) ferner Kaensche aus der Mikulicz'schen Klinik, in beiden Fällen ist keine Aenderung im Magenchemismus eingetreten, die Achlorhydrie bestand unverändert, dagegen besserte sich die motorische Thätigkeit im Falle Jaworski's, in den Fällen Rosenheim's konnte die Operation auch nicht das Versiegen der secretorischen Function hintanhalten. Ebenso in geringer Zahl und zumeist lückenhaft sind die Mittheilungen über Veränderungen der Magenthätigkeit nach Gastroenterostomie in Folge von gutartiger Pylorusstenose. In den Fällen Dunin's kehrte die motorische, ebenso wie die secretorische Thätigkeit nicht vollkommen zur Norm zurück, obzwar eine Besserung eintrat, in dem von Mintz und Grundzach beobachteten Falle bestand vor der Operation keine Secretionsanomalie. Rosenheim berichtet im Anschlusse an eine Demonstration im Berliner Aerzteverein nur nebensächlich und kurz über Verminderung der Hyperacidität, ohne nähere Daten anzuführen, ebenso Schmeisser; dies sind die in der einschlägigen Literatur vorhandenen Angaben.

Welche Veränderungen zeigt der Magenchemismus in unserem Falle? Am auffallendsten ist die bedeutende Verminderung des Hyperaciditätsgrades, nämlich von 79 auf 42 und 38; das Missverhältniss, welches, wie ich schon hervorhob, bei gutartigen Pylorusstenosen zwischen dem Werthe der freien und gebundenen HCl besteht und nach Thomsen durch die Werthdifferenz der freien HCl und der Acidität numerisch ausgedrückt werden kann und in diesem Falle 0,124 war, verschwand und kehrte zum normalen Werth zurück, nämlich auf 0,069 und 0,047.

Der mikroskopische Befund gab werthvollen Aufschluss über die Zurückbildung der Irritationszustände der Magenschleimhaut, durch das Verschwinden der Jaworski'schen Zellkerne. Parallel mit dieser Veränderung des Chemismus besserte sich die Amylolyse, indem im Filtrate Erythrodextrin nicht mehr nachweisbar war, die Saccharification wurde immer vollkommener, wie sich dies durch die Steigerung der Menge der rechtsdrehenden Substanzen, nämlich von 2,5 Proc. auf 6,3 Proc. in Zuckerwerth ausgedrückt, nachweisen liess.

Bei der öfters ausgeführten Untersuchung der Magendimensionen und der motorischen Thätigkeit hingegen bietet sich uns nicht das Bild der vollständigen Zurückbildung.

Nun hebt Dunin eben die Zurückbildung des erweiterten Magens zur normalen Grösse nach Gastroenterostomie sehr hervor, ebenso Klemperer. Rosenheim nach Pylorectomie; in unserem Falle ist zwar auch in dieser Hinsicht eine gewisse Besserung nachweisbar, indem drei Wochen nach der Operation die untere Magengrenze sich 3 cm unterhalb des Nabels befand, aber eine vollständige Zurückbildung trat nicht ein.

Als ein Zeichen der motorischen Insufficienz ist zu betrachten, dass man nach dem Probefrühstück in einer Stunde 360 und 210 ccm Mageninhalt aushebern konnte, was gewiss pathologischen Ursprunges ist; zur Beurtheilung des Grades der motorischen Insufficienz kann man in neuerer Zeit auf Grund der Untersuchungen von Hoppe-Seyler, Kuhn, Strauss, Wittel und Vanzhey den Grad und die Intensität der Gasgährung verwerthen, welche vier Wochen nach der Operation noch ziemlich intensiv war und auch nach drei Monaten nicht gänzlich verschwand, obzwar sie zu dieser Zeit schon einen sehr protrahirten Verlauf nahm, sie beschränkte sich in 24 Stunden nur auf Bildung einiger Bläschen und nahm erst in 36 Stunden bedeutendere Dimensionen an.

Auf Grund dieser Resultate gehen wir auf die Besprechung einiger noch strittiger Fragen über, die in der Magenpathologie und besonders bei den mit übermässiger Säureproduction einhergehenden Formen noch bestehen.

Die Mehrzahl der Autoren wie Bouveret, Fleischer, Schüle, Ewald, Boas, Pick und Andere, betrachtet die Hyperchlorhydrie als Secretionsneurose; demgegenüber nehmen Andere, besonders französische Forscher, wie Hayem, Roux, Robin, Carle und Fantino eine Pylorusverengerung an, gleichviel, ob durch organische Veränderungen oder nur durch Muskelkrampf hervorgerufen; eine dritte Gruppe, als deren Hauptvertreter Riegel und Jaworski angesehen werden können, betrachtet die Hyperaciditas hydrochlorica als ein selbständiges Krankheitsbild, welches mit structurellen Veränderungen der Drüsenelemente einhergehe; diese letztere Annahme scheinen in neuester Zeit die Untersuchungen Cohnheim's und Hemmeter's zu bekräftigen, die in mehreren Fällen von Hyperchlorhydrie die Proliferation der Belegzellen nachwiesen, im Gegensatze zu Oestreich, der, als er Gelegenheit hatte, nach einer durch 11 Jahre bestehenden Hyperchlorhydrie die Magenschleimhaut einer histologischen Untersuchung zu unterziehen, dieselbe vollständig normal fand. — In unserem Falle bildete sich nach Aufhebung der Stagnation die übermässige Säureproduction in kurzer Zeit zurück; diese Erscheinung ist als unumstösslicher Beweis für die aetiologische Bedeutung des erhöhten Reizes anzusehen, dessen Beständigkeit zur secundären Veränderung der Schleimhaut führen kann. Diese Deutung entspricht auch den Ergebnissen der histologischen Untersuchungen von Cohnheim, Boas und Hemmeter, schon darum, weil eben die Proliferation der Belegzellen

und demgemäss die Atrophie der Hauptzellen nicht ständig in die Erscheinung trat; in einigen Fällen von Hyperacidität zeigte die Schleimhaut ein normales Bild, in anderen Fällen konnte sogar Atrophie der Drüsenschläuche und eine Vermehrung des interstitiellen Gewebes nachgewiesen werden. — Dieser letztere Befund spricht besonders, wenn auch auf indirectem Wege, für den neurotischen Ursprung der Hyperchlorhydrie.

In neuerer Zeit gelangte die Frage der Amylaceenverdauung bei Hyperacidität von Neuem auf die Tagesordnung. Auf Grund der Untersuchungsresultate Ewald's und Boas', denen zu Folge die übermässige HCl die Ptyalinwirkung und so die Saccharification bedeutend beeinträchtigt, möchte die eine Gruppe wie Boas, Rosenheim, Riegel, Fleischer, Penzoldt, die Amylaceen aus der Diät bei Hyperacidität gänzlich ausschliessen; diesen gegenüber betrachtet eine beträchtliche Zahl von Autoren, an ihrer Spitze Jürgensen, ferner ein Theil der französischen Kliniker, wie Dujardin-Beaumetz, Bardet, Mathieu, Bouveret, endlich v. Sohlern und Fleiner auf Grund ihrer Erfahrungen die Amylaceenverdauung bei Hyperchlorhydrie nicht für unvollkommen oder gehemmt.

Durch die quantitative Veränderung der Salzsäuresecretion ist unser Fall auch in dieser Hinsicht bemerkenswerth. Auf das Unvollkommene der Amylose vor der Operation deuten die Farbveränderung der Jodprobe, die geringe Menge der rechtsdrehenden Substanzen im Filtrate, nämlich nur 2,5 Proc. (normal 5—7 Proc.), die grosse Anzahl der Stärkekörnchen im mikroskopischen Bilde; dem gegenüber wurde die Stärkeverdauung nach Zurückbildung der Hyperacidität vollkommener, nicht nur dass man Erythrodextrin nicht nachweisen konnte, sondern die Menge der rechtsdrehenden Substanzen nahm bedeutend zu und unter dem Mikroskop waren nur vereinzelte Stärkekörnchen auffindbar. Dies sind untrügliche Zeichen dessen, dass die übermässige Salzsäuresecretion die Amylaceenverdauung bedeutend hemmt und dass die Richtigkeit der Anschauung der Jürgensen'schen Schule zum mindesten als fragwürdig bezeichnet werden muss.

Zuletzt möchte ich noch die Aufmerksamkeit auf eine Erscheinung lenken, auf Grund welcher man zwar nicht berechtigt ist, ein endgiltiges Urtheil über die schwebende Frage zu fällen, welche aber Erwähnung verdient und welche ich noch auf Grund zahlreicher Untersuchungen anderen Ortes einer genauen Besprechung zu unterziehen Gelegenheit haben werde; es ist nämlich eine allgemein verbreitete Ansicht, dass zwischen HCl- und Pepsinsecretion ein strenger Parallelismus bestehe, eine Auffassung, welche als eine natürliche Folge dessen anzusehen ist, dass man die quantitativen Verhältnisse der Pepsinabscheidung unter pathologischen Umständen keiner genauen Untersuchung unterzogen hat, obzwar schon vor einem Jahrzehnt Riegel und Sticker die Frage der Möglichkeit der selbständigen Veränderung der Pepsinsecretion aufrollten, ohne aber den exacten Beweis ihrer Ansicht geliefert zu haben. In unserem Falle war die Pepsinogenmenge vor der Operation 61 Proc., dies kann als normaler Werth betrachtet werden und zeigt eben nicht auf den unter allen Umständen bestehenden Parallelismus, denn in diesem Falle hätten wir einen bedeutend höheren Werth erhalten müssen bei 79 Acidität; bemerkenswerther ist das nach der Operation bestehende Verhältniss: mit der Verminderung der HCl-Menge nämlich hielt das Pepsinogen nicht Schritt; während die Acidität auf 38 sank — ein ziemlich niederer Werth — zeigt das Pepsinogen nur eine unbedeutende Abweichung, indem sein Werth 54 Proc. entsprach. Wie schon hervorgehoben, ist es nicht mein Zweck, hier diese Frage näher zu erörtern, was nur auf Grund zahlreicher Beobachtungen möglich wäre, sondern ich begnüge mich, auf diese Thatsache hingewiesen zu haben.

Literatur:

1. Obaliński und Jaworski: Wiener klin. Wochenschr. 1889, No. 5 u. 7.
2. Kaensche: Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 29.
3. Ph. Rosenheim: Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 29.
4. Dunin: Berliner klin. Wochenschr. 1894, No. 3 u. 4.
5. Grundzach und Mintz: Revue de méd. 1893, No. 11.
6. Rosenheim: Deutsche med. Wochenschr. 1894. Vereinsbeilage.
7. Mintz: Zeitschr. für klin. Medicin 1894.

Mesenteriale Chyluscyste, ein Ovarialkystom vortäuschend.

Von Dr. *F. Spaeth*, Frauenarzt in Hamburg.

Die Seltenheit des Vorkommens echter Chyluscysten an und für sich, ihre interessante Genese und endlich die hervorragende differentialdiagnostische Bedeutung, welche diesen Gebilden zukommt, möge die Mittheilung eines von mir durch Operation geheilten Falles rechtfertigen.

Die Kenntniss dieser cystischen Geschwülste ragt nur mit geringen Ausläufern in die vorantiseptische Zeit hinein, daher auch die stiefmütterliche Behandlung, welche denselben in den älteren Lehrbüchern der pathologischen Anatomie zu Theil geworden ist. Erst seit Begründung der antiseptischen und aseptischen Wundbehandlung, seit Beginn der modernen operativen Aera ist auch in dieses Gebiet mehr Licht hineingelangt.

Nach Narath[1]) soll man bei der Beurtheilung genannter cystischer Tumoren scharf unterscheiden zwischen retroperitonealen und mesenterialen. Wenn auch wohl diese Differenzirung nicht in allen Fällen mit Sicherheit gelingt, so ist sie doch meistens durchzuführen. Die eigentlichen retroperitonealen Cysten nehmen ihren Ausgang von den zu beiden Seiten der Wirbelsäule befindlichen Organen; die mesenterialen dagegen gehen aus den zwischen die beiden Blätter des Mesenteriums eingelagerten Gebilden, meist aus den Lymphgefässen und Lymphdrüsen hervor. Die retroperitonealen Chyluscysten — von den übrigen daselbst vorkommenden cystischen Tumoren wollen wir zunächst absehen — gehören im Vergleich zu den im Mesenterium entstandenen entschieden zu den seltenen Erscheinungen; denn von ihnen sind bisher überhaupt nur drei Fälle genau beobachtet und beschrieben worden (Killian[2]), Narath[3]), Sarwey[4]). Zahlreicher sind die Mittheilungen über mesenteriale Chyluscysten, konnte ich doch in der mir zugänglichen Literatur beinahe ein Dutzend einschlägige Fälle ausfindig machen; allerdings stand mir nicht bei allen die Originalabhandlung zur Verfügung, so dass ich mich vereinzelt mit Referaten begnügen musste. Die zugehörigen Autoren sind, in chronologischer Reihenfolge: Millard und Tillaux[5]), Werth[6]), Küster[7]), Bergmann, (Bramann)[8]), Löhlein[9]), Rubesca[10]), Gusserow[11]), Rasch[12]), Frank[13]), A. Martin (Heinrichs)[14]), Flörsheim[15]).

Als zwölfter Fall möge meine Beobachtung hinzutreten.

Anamnese: Die 39 Jahre alte Musiklehrersehefrau K., von gesunden Eltern abstammend und bis auf einige Kinderkrankheiten selbst stets gesund gewesen, ist erst von ihrem 22. Lebensjahre an menstruirt. Die Periode trat seitdem regelmässig alle 4 Wochen ein, war reichlich und verlief schmerzlos.

Seit 1 3/4 Jahren ist Frau K. verheirathet. Drei Monate nach der Hochzeit abortirte sie, angeblich im 1. Schwangerschaftsmonate. Seitdem kam die Periode alle 3 Wochen, dauerte 4 Tage, ohne besonders stark zu sein. An Ausfluss hat Frau K. nie gelitten.

Seit einigen Monaten machten sich häufig stechende Schmerzen im Unterleib, unterhalb des Nabels und nach der linken Seite zu bemerkbar und ist der Leib etwas stärker geworden. Trauma (Fall oder Stoss) war nicht vorausgegangen. Appetit und Schlaf gut, bei Ruhelage waren überhaupt die Schmerzen verschwunden. Stuhlgang stets angehalten, wurde nur durch Klystiere erzielt. Urinlassen beschwerdelos. Der Schmerzen halber zog Patientin ihren Hausarzt zu Rathe, welcher einen Tumor constatirte, den er für einen ovarialen hielt, und die Kranke mir Zwecks Vornahme der Ovariotomie zuwies.

[1]) Narath: Ueber retroperitoneale Lymphcysten. Langenbeck's Archiv, Bd. 50, p. 763 u. ff.
[2]) Killian: Eine grosse retroperitoneale Cyste mit chylusartigem Inhalt. Berliner klin. Wochenschrift 1886, No. 25.
[3]) l. c.
[4]) Sarwey: Ein Fall von retroperitonealer Chyluscyste etc. Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 16.
[5]) Bulletin de l'académie de médecine. Séance 17. VIII. 1880.
[6]) Archiv für Gynäkologie, Bd. XIX, 1882.
[7]) Küster: Ein chirurgisches Triennium, Berlin 1882.
[8]) 59. Naturforscherversammlung in Berlin 1886.
[9]) Berliner klinische Wochenschrift 1889.
[10]) Centralblatt für Gynäkologie 1889.
[11]) Charité-Annalen.
[12]) Americ. obstetr. Journal 1890. Citirt bei Gusserow.
[13]) Wiener klinische Wochenschrift, No. 35, 1894.
[14]) Verhandlung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, 14. II. 1896.
[15]) Centralblatt für Gynäkologie, No. 38, 1895, Ref.

Status (19. VII. 1897): Stattliche, ziemlich corpulente, etwas anaemische Frau, mit namentlich an den Hüften und Bauchdecken reichlich entwickeltem Fettpolster. Brustorgane gesund.

Abdomen lässt bei der Inspection nirgends Contouren einer Geschwulst hervortreten, auch bei der Palpation gelingt eine deutliche Abgrenzung einer solchen nur unvollkommen. Scheide ziemlich eng; äussere Genitalien ohne Besonderheiten, Brüste ohne Schwangerschaftszeichen.

Uterus in normaler Lage, nicht vergrössert, Fundus dicht hinter der Symphyse zu fühlen. Adnexa wegen des starken Panniculus adiposus nicht genau abtastbar.

Bei der bimanuellen Untersuchung findet sich ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ein etwa zweifaustgrosser, rundlicher, prall gespannnter Tumor von glatter Oberfläche, welcher Fluctuation zeigt und einen ziemlich hohen Grad von Beweglichkeit darbietet, auf Druck aber wenig empfindlich ist. Die Geschwulst liegt fast genau in der Medianlinie, lässt sich aber nicht ganz in das kleine Becken hinunterschieben. Ein nach den Adnexa uteri führender Stiel ist nicht nachzuweisen. Der Tumor lag dicht hinter den Bauchdecken, schien nicht von Darm überlagert, (künstliche Aufblähung des letzteren wurde allerdings nicht versucht).

Der Urin war klar, frei von pathologischen Bestandtheilen.

Die Diagnose wurde auf Eierstockscyste gestellt und die Entfernung derselben per laparotomiam beschlossen.

Operation (27. VII. 1897): Bauchschnitt in der Mittellinie. Die Geschwulst zeigt sich nach Eröffnung des Peritonealraumes anders als erwartet; sie sass breitbasig oberhalb des Promontoriums der Radix mesenterii auf, dicht über dem Beckeneingange. Genauere Besichtigung der Beckenorgane liess erkennen, dass beide Ovarien vorhanden und völlig normal waren. Es handelte sich also um eine Mesenterialcyste. Dieselbe liess sich vermöge des ihr eigenen hohen Grades von Verschieblichkeit mitsammt dem zugehörigen Theil des Mesenteriums und der daran haftenden Dünndarmschlinge aus der Bauchwunde hervorwälzen. Bei dem Versuch, das den Tumor überziehende parietale Blatt des Bauchfelles zu spalten, wird derselbe angeschnitten und es spritzt in weitem Bogen eine grünlichgelbe, rahmartige, geruchlose Flüssigkeit heraus in Menge von etwa 1 L. Der erste Gedanke, dass es sich um Eiter handeln könnte, wurde sofort widerlegt durch die eigenartigen Gerinnungserscheinungen, welche die am Boden und der Wand haftenden Cysteninhaltspartien darboten.

Der Sack wird nun der Länge nach gespalten, völlig durch Auftupfen mit Gazebäuschchen entleert und am Stumpf von der Serosa abzuschälen versucht, was auch gelang; nur an der tiefstgelegenen Stelle, da wo die Sackwand den Mesenterialgefässen aufsass, mussten einige Unterbindungen und Umstechungen gemacht werden. Das ziemlich tief in das Mesenterium hineinreichende Geschwulstbett wurde nun durch fortlaufende Catgutnaht etagenweise verkleinert und schliesslich durch sero-seröse Catgutsuturen gänzlich geschlossen, und nach Reposition des Darmes die Bauchhöhle in gewohnter Weise vernäht.

Die Reconvalescenz, am 3. und 4. Tage durch einen hochgradigen Ileus paralyticus beeinträchtigt, der sich jedoch durch wiederholte hohe Einläufe beseitigen liess, verlief fieberlos; 3½ Wochen nach der Operation konnte die Frau geheilt entlassen werden.

Die exstirpirte Cyste wurde noch am Tage der Operation dem pathologischen Laboratorium der Herren DDr. Deycke und Albers-Schönberg zur Untersuchung überbracht. Das Ergebniss derselben lautete folgendermaassen:

«Es handelt sich um eine hühnereigrosse cystische Geschwulst, deren Inhalt aus einer exquisit chylösen, röthlich gefärbten Flüssigkeit besteht. Mikroskopisch bilden den flüssigen Inhalt zum grössten Theil Fetttröpfchen der verschiedensten Grösse, ferner enthält er reichlich rothe Blutkörperchen und eigenthümliche rosettenförmige Krystalle, deren chemische Qualität trotz vielfacher mikrochemischer Reactionen nicht klar geworden ist.

Die Wand der Cyste ist von verschiedener Dicke; stellenweise finden sich haemorrhagische Infarcirungen; auf der Innenfläche zeigen sich zahlreiche gelbe, augenscheinlich verfetteten Gewebspartien entsprechende, unregelmässig grosse und vielfach confluirende Plaques.

Zur histologischen Untersuchung werden Stücke von 3 verschiedenen Stellen in Formalin fixirt, in Alkohol nachgehärtet und in Celloidin eingebettet. Färbungen mit Haematoxilin, nach van Gieson und mit Unna's polychromem Methylenblau.

Je nachdem die Objecte den oben geschilderten gelben Partien entstammen oder nicht, zeigt sich ein verschiedenartiger Befund. Im letzteren Falle besteht die Cystenwand grösstentheils aus dicken, grobfaserigen Bindegewebszügen; von Zellen finden sich spindelförmige Bindegewebszellen, Leukocyten und Mastzellen. Stellenweise finden sich haemorrhagische Infarcirungen; Gefässe, Arterien wie Venen, sind ziemlich reichlich vorhanden. Besonders in den tieferen Schichten erscheinen noch reichliche Reste von Längszügen glatter Musculatur.

In den Präparaten, welche die makroskopisch gelbverfärbten Partien enthalten, findet sich folgender Bau: Den Grundstock bildet abermals welliges, grobfaseriges Bindegewebe, in das noch einzelne kleine Züge glatter Musculatur eingesprengt sind. Die zahlreichen, meist prall gefüllten grösseren Blutgefässe sind vielfach von dichten Anhäufungen von Lymphoidzellen umgeben; vereinzelt finden sich auch kleine Blutextravasate. Dieser grösstentheils bindegewebigen Schicht sitzt, der Cysteninnenfläche entsprechend, eine nicht überall gleich dicke Zone auf, die zum grösseren Theil aus grossen polygonalen Zellen mit kleinem Kern und verfettetem Protoplasma besteht. Dazwischen sieht man mehr oder minder dichte Anhäufungen von Lymphoidzellen. Stellenweise lässt sich eine gewisse, zur Oberfläche senkrecht stehende Fächerung erkennen, die durch das hier mehr feinfaserige collagene Gewebe gebildet wird. Auch die Capillaren durchsetzen diese Schicht senkrecht, von unten aufsteigend. In allen Schichten finden sich meist sehr feine elastische Fasern.

Es handelt sich also um eine echte Mesenterialcyste, d. h eine Cyste, deren Wandung lediglich aus Elementen des Mesenteriums zusammengesetzt ist. Die grossen polygonalen Zellen würden dann wohl als gewucherte Endothelien aufzufassen sein.»

Wir finden also in den mikroskopischen Präparaten der Cystenwand alle den Lymphapparaten eigenthümlichen Gewebsbestandtheile; wir sehen zunächst eine mit glatten Muskel- und elastischen Fasern durchsetzte, kräftig entwickelte bindegewebige Hülle, die an verschiedenen Stellen verschiedene Dichtigkeit zeigt und durchsät ist von zelligen Elementen: spindelförmigen Bindegewebszellen, Leukocyten und Mastzellen. In der Richtung nach innen zu reiht sich daran eine mehr oder weniger dicke Schicht polygonaler Zellen, zum Theil mit Fetteinlagerung, welche als gewucherte Endothelien anzusprechen sind. In dieser Schicht sind sehr reichlich Lymphoidzellen, oft in grossen Haufen gelagert, gleichsam in kleinzelliger Infiltration, besonders um die Blutgefässe herum angeordnet. Wir haben somit das mikroskopische Bild einer, ich möchte sagen, ausgehöhlten Lymphdrüse vor uns, deren folliculäre Bestandtheile grösstentheils durch den Druck der allmählig sich ansammelnden Lymphe zerstört worden sind, indess die die Wandung componirenden Elemente (Bindegewebe, Muscularis) stärker geworden, hypertrophirt sind, um dem vermehrten Innendruck Stand halten zu können; dementsprechend sind die Blutgefässe in der Sackwand in ausserordentlich ergiebiger Weise entwickelt. Die das Innere der Cyste auskleidende Endothelschicht besteht aus gewucherten und verfetteten polygonalen Zellen. Die Wucherung derselben ist in ursächlichen Zusammenhang zu bringen mit dem chronischen Reiz, den die an manchen Stellen der Wandung angelagerten krystallinischen, aus der Chylusmasse hervorgegangenen Ausscheidungen ausgeübt haben; die fettige Degeneration andererseits ist als eine Folge der durch den Inhaltsdruck herbeigeführten Ernährungsstörung anzusehen.

Denn die Cystenwand stand unter einem sehr hohen Inhaltsdrucke, sie war so prall gespannt, dass die Flüssigkeit beim Anstechen sofort in weitem Bogen herausspritzte. Nicht immer ist die Füllung der Chyluscyste eine so pralle; andere Autoren wenigstens haben auch schlaffe Cysten beobachtet.

Was den Inhalt der Cyste anbetrifft, so lässt sich derselbe hinsichtlich Farbe und Consistenz am besten mit Rahm vergleichen. Blut enthielt die Cyste nicht. Die blutige Verfärbung des dem Laboratorium übergebenen, in dem Sacke befindlichen Restes — die Hauptmasse, circa ¾ Liter, war bei der Operation verloren gegangen — ist nur auf die bei der Exstirpation unvermeidliche Blutung aus durchschnittenen Gefässen zurückzuführen. Der ursprüngliche Inhalt war vollständig homogen gelbgrünlich und zeigte an den Stellen, wo er beim Herausspritzen hingelangte, sofort eigenartige Gerinnungserscheinungen, die eine Verwechselung mit Eiter unmöglich machten.

Der Bau der Cystenwand, den die mikroskopische Analyse als zu den lymphatischen Apparaten gehörig erweist, bestätigt die Annahme, dass die Geschwulst aus solchen hervorgegangen ist. Das Fehlen jeglicher epithelialer Elemente lässt die Möglichkeit einer Entstehung der Cyste aus abgeschnürten Darmdrüsen gänzlich ausschliessen. Das Endothel dagegen ist ja nach v. Recklinghausen gerade eine den Lymphbahnen zukommende Eigenthümlichkeit.

Als Ursache des Zustandekommens der Cystenbildung möchte ich mit Werth eine Verstopfung der Vasa efferentia einer mesenterialen Lymphdrüse annehmen. Welche Momente eine solche Verstopfung veranlassen, entzieht sich vorerst noch unserer Kenntniss. Die der Cyste zunächstliegenden Mesenterialdrüsen

waren übrigens von normaler Beschaffenheit; Werth und Martin [14]) jedoch waren in der Lage, je eine hypertrophische Mesenterialdrüse mitzuentfernen, ja Letzterer fand dieselbe sogar im Zustande beginnender cystischer Degeneration vor, konnte so also das Anfangsstadium der Chyluscystenbildung beobachten. Völlig auszuschliessen ist in meinem Falle allerdings nicht die Möglichkeit, dass die Geschwulst aus der Cysterna chyli hervorgegangen ist; der Sitz der Cyste in der Radix mesenterii, ungefähr in der Höhe des 2. Lendenwirbels, gerade über demselben, sowie die im mikroskopischen Bilde angedeutete Fächerung würden dafür sprechen. In dem oben citirten v. Bergmann (Bramann)'schen Falle wurde die Entstehung der sehr grossen Chyluscyste aus der Cysterna chyli vermuthet.

Nun zu den differentialdiagnostisch wichtigen Gesichtspunkten! Die Diagnose der Lymphcysten wird stets ein kleines Kunststück bleiben, und wird, zum Mindesten beim Weibe, in sehr vielen Fällen nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen sein. Beim Manne ist die Sachlage natürlich eine wesentlich einfachere, da werden sich mesenteriale Cysten meist als solche erkennen lassen. Für uns jedoch haben in diesem Falle lediglich die Verhältnisse beim weiblichen Körper Interesse.

Der Sitz der Cyste wird für die Möglichkeit einer richtigen Diagnose ausschlaggebend sein. Die im Narath'schen Sinne retroperitoneal gelegenen, ganz erheblich seltener vorkommenden Cysten gestatteten in den bisher beobachteten Fällen die vorherige Diagnose. Dieselbe wird dadurch ganz ungemein erleichtert, dass diese Tumoren in Folge ihrer Lage auf der einen oder andern Seite der Wirbelsäule an der Seite ihres Sitzes den Bauch bedeutender hervorwölben, wie auf der gegenüberliegenden, ferner dadurch, dass sie das Bauchfell mit den darin befindlichen Gedärmen in die Höhe schieben. Durch künstliche Aufblähung des Darmes lässt sich dann mit Leichtigkeit feststellen, dass der Tumor nicht unmittelbar unter den Bauchdecken liegt, sondern ganz von lufthaltigen Därmen überlagert ist. Bei asymmetrischer Anschwellung des Leibes und dem gelungenen Nachweis von Darmpartien über der Geschwulst wird die Annahme eines retroperitonealen Tumors gerechtfertigt sein.

Anders verhält es sich bei den eigentlichen Mesenterialcysten, die wohl von Bauchfell überkleidet, aber doch nicht retroperitoneal im Sinne Narath's gelegen sind. Diese Geschwülste sind oft nicht vom Darm überlagert, ihr Sitz wird für die Möglichkeit einer Diagnose entscheidend sein. Ragen sie mehr in die Oberbauchgegend hinein, ist ihr unterer Pol also vom Beckeneingang noch ein beträchtliches Stück entfernt, so wird sich die Ovarialcyste, mit der ja fast ausnahmlos die Verwechselung statt hat, ausschliessen lassen. Man wird in diesen Fällen eine Mesenterial- oder eventuell eine Pankreascyste erwarten können.

In meinem Falle, ebenso bei den von Werth, Frank, Brentano u. A. mitgetheilten Beobachtungen waren die Cysten in der Unterbauchgegend localisirt und als Ovarialcysten diagnosticirt worden. Aehnlich wie bei letzteren war ihre Entstehung nahezu symptomlos erfolgt. Die ausserordentliche Beweglichkeit konnte kein sicheres Unterscheidungsmerkmal abgeben, da diese Erscheinung sowohl Mesenterial- wie Eierstockscysten zukommen kann. Bei sehr grossen Cysten, welche den Bauch fassartig auftreiben, ist die Verschieblichkeit natürlich herabgesetzt oder ganz aufgehoben. So enorme Grösse erreichen im Gegensatz zu den Ovarialkystomen die Chyluscysten meistens nicht. Denn der Inhalt der letzteren beträgt nach Hahn [16]) nur 800—2200 cm. Uebermässig grosse Tumoren sind demnach nicht Mesenterial-, sondern Ovarialcysten.

Die Chyluscysten sind nicht immer so wie in meinem Falle ganz in der Medianlinie gelegen; sie können sich ja auch von Drüsen herausbilden, mehr seitwärts sich befinden. Immerhin aber werden sie sich in der Richtung des geringsten Widerstandes, also nach der Mittellinie zu entwickeln. Wenn die Cysten einen grossen Theil des Mesenteriums in Anspruch nehmen, dann kann der zugehörige Dünndarm die Geschwulst halskrausenartig umgeben (Werth). Aehnliche Verhältnisse können wir jedoch auch bei der Eierstockscyste finden, falls dieselbe ausgedehnte Verwachsungen mit den Intestina eingegangen ist.

Bei den bisher beschriebenen Fällen von Mesenterialcysten beim Weibe konnte die Diagnose nur ausnahmsweise und zwar dann durch Probepunction fixirt werden. Letztere ist jedoch nicht immer ganz gefahrlos; einmal wegen der Möglichkeit, einen Darm zu verletzen, dann wegen des Vorkommens von beinahe schmerzlos entstehenden, meist tuberculösen Abscessen in den Mesenterialdrüsen, welche das Bild der Mesenterialcyste darbieten können. In dubio wird eine Probeincision, genaue Einhaltung der aseptischen Vorschriften vorausgesetzt, als das weniger gefährliche Verfahren der Probepunction vorzuziehen sein.

Werth hat folgende differentialdiagnostische Winke angegeben: Nachweis beider normaler Ovarien im kleinen Becken; excessive Beweglichkeit der Mesenterialcysten, namentlich nach dem oberen Bauchraume hin und Nachweis der bei erschlafften Bauchdecken fühlbaren, oben an die Geschwulst herantretenden Mesenterialstränge. Hiezu käme noch der eventuelle Nachweis eines nach dem kleinen Becken hineinleitenden Stranges, der dann für einen Eierstocktumor sprechen würde.

Nicht immer sind jedoch alle diese Kriterien zu erfüllen. Ihre Feststellung wird häufig eine Untersuchung in Narkose erfordern, auf welche die Kranken, namentlich in der Privatpraxis, sich in vielen Fällen wegen der ihnen bei der Operation bevorstehenden Narkose nicht einlassen wollen. Andererseits wird man in der zwecks Vornahme der Laparotomie eingeleiteten Narkose aus Gründen der Asepsis nicht gerne eine Exploration per vaginam vornehmen.

In unserem Falle, bei einer sehr fettreichen Nullipara, stiess die Untersuchung auf besondere Schwierigkeiten. Die Cyste war dicht über dem Promontorium aus der Radix mesenterii hervorgegangen, war ziemlich beweglich, namentlich nach den Seiten, weniger nach oben hin und schwebte über dem Beckeneingange. Allerdings liess sie sich — und dies möchte ich bei kleineren Tumoren als differentialdiagnostisch wichtig hervorheben — nicht in das kleine Becken hineindrücken, was bei beweglichen kleinen Eierstockscysten meist gelingt. Ein Zusammenhang mit den Genitalorganen durch irgend ein strangartiges Gebilde liess sich auch nicht erkennen; allein diese Feststellung würde unter den erwähnten erschwerenden Umständen auch bei einer Ovarialcyste kaum möglich gewesen sein.

Der Hauptgrund jedoch, wesshalb die Mesenterialcysten beim Weibe fast stets für Ovarialkystome gehalten werden, liegt aber ganz entschieden darin, dass erstere so überaus seltene, letztere dagegen so relativ häufige Erkrankungsformen repräsentiren. Vielleicht wird dadurch, dass alle hierhergehörigen Fälle veröffentlicht werden, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen mehr auf die cystischen Tumoren des Mesenteriums hingelenkt; dann wird es sicherlich allmählich sich ermöglichen lassen, zuweilen die Diagnose auch ante operationem richtig zu stellen, ebenso wie wir es erreichten, die früher als so ausserordentlich schwierig geschilderte Erkennung der Extrauteringravidität in eine fast jedem praktischen Arzte geläufige Diagnose zu verwandeln.

Der Vollständigkeit halber möchte ich noch erwähnen, dass ausser den Chyluscysten noch andere Arten cystischer Geschwülste im Mesenterium vorkommen können, nämlich Blutcysten (meist auf ein Trauma zurückzuführen), seröse Cysten (von Resten der Wolff'schen und Müller'schen Körper ausgehend), Echinococcencysten, Abscesse [ausgehend von Mesenterialdrüsen, Grüneberg [17])], endlich Cysten mit nicht eiterigem Inhalt, ausgehend von centraler Erweichung mesenterialer Lymphdrüsen, wahrscheinlich auf tuberculöser Basis [Pagenstecher [18])]. Daneben kommen im Mesenterium auch solide Tumoren vor: Lipome, Fibrome, Myxome, Enchondrome, Sarkome, die sich durch ihre Consistenz von den Cysten wohl unterscheiden lassen.

Unter den angeführten cystischen Geschwülsten sind die Chyluscysten die häufigsten. Meist sind sie solitär, in selteneren

[16]) E. Hahn: Ueber Mesenterialcysten. Berliner klinische Wochenschr. 1887, No. 23.

[17]) Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 24.

[18]) Pagenstecher: Zwei Fälle von Cystenbildung im Mesenterium. Berliner klin. Wochenschr. 1895, No. 42.

Fällen multipel [Martin[19]), Rosenheim[20])]; gewöhnlich sind sie einkammerig, ausnahmsweise enthalten sie mehrere Fächer.

Welche Symptome kommen nun den Chylus- resp. Mesenterialcysten zu? Die allergewöhnlichste Begleiterscheinung ist chronische Obstipation; dazu gesellen sich die peritonealen Reizungserscheinungen, bedingt durch Zerrung an der Serosa durch die wachsende Geschwulst, häufig von Adhaesionsbildung begleitet; endlich, wenn der Tumor eine gewisse Grösse erreicht hat, wird sich das Spannungsgefühl, werden sich Zeichen von Verdrängung und Compression der benachbarten Organe bemerkbar machen. Zum Unterschied von den Ovarialcysten ist bei den Mesenterialcysten niemals Achsendrehung beobachtet worden und zwar desshalb, weil sie meist sehr breitbasig aufsitzen und nur selten eigentliche Stielbildung eingehen.

Zuweilen können sehr stürmische und bedrohliche Symptome in Gefolgschaft der Mesenterialcysten und durch sie veranlasst, plötzlich einsetzen, und zwar sind das die ebenso typischen wie unheimlichen Anzeichen der Incarceratio interna. In der kleinen Casuistik der Mesenterialcysten tritt dieses Symptom in zwei Fällen in den Vordergrund und hat in beiden den Tod zur Folge gehabt. Flörsheim[21]) fand als Ursache des Ileus bei einer 31 jährigen Frau eine mesenteriale Chyluscyste, die gestielt, dem Coecum auflag und dasselbe vollständig comprimirte. Trotz Anlegung eines Anus praeternaturalis starb die betreffende Kranke.

Rosenheim[22]) entdeckte bei der Section eines unter den Symptomen der Darmocclusion gestorbenen Kindes, bei dem ein operativer Eingriff nicht gestattet worden war, einen Volvulus des Dünndarmes, bedingt durch 3 faustgrosse chylushaltige Cysten des Mesenteriums in der Ileocoecalgegend.

Wenn schon die erstgeschilderten Symptome die Berechtigung zu einer frühzeitigen operativen Entfernung der Mesenterialcysten gewähren, so wird dieselbe erst recht durch die letztgenannten Thatsachen erhärtet.

Die Behandlung kann natürlich nur eine operative sein. In meinem Falle, ebenso wie auch in einzelnen anderer Autoren, gelang es ziemlich mühelos, den Tumor nach Spaltung der ihn überziehenden Serosa von derselben stumpf abzuschälen und ihn ebenso stumpf aus seinem Bette im Mesenterium herauszugraben und das letztere durch fortlaufende Catgutetagennaht vollständig zu schliessen — ein Verfahren, welches einer Einnähung der Cyste in die Bauchwunde entschieden vorzuziehen ist und welches bei den eigentlichen Mesenterialcysten, sofern sie eine gewisse Grösse nicht überschritten haben, wohl meistens durchzuführen ist. Erheblich schwieriger liegen die Verhältnisse bei den retroperitonealen Chyluscysten und bei den sehr grossen Mesenterialcysten, die bis an den Darmansatz heranreichen. Da in solchen Fällen bei der Exstirpation ausgedehnte Unterbindungen von Mesenterialgefässen nöthig werden, welche ihrerseits zur Entstehung von Darmgangraen Veranlassung geben könnten, so empfiehlt es sich, diese Cysten möglichst nicht total zu entfernen, sondern sie durch Einnähen in die Bauchwunde allmählich zur Verödung zu bringen. Man wird dann das kleinere Uebel einer Bauchnarbenhernie mit in den Kauf nehmen müssen.

Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch i. S.

Beitrag zur Herzbeuteltuberculose.
(Perlsuchtartige Form.)

Von Dr. *Meltzer*, Assistenzarzt.

Die Seltenheit der grossknotigen Form der Tuberculose beim Menschen veranlasst mich, an dieser Stelle über einen Fall zu berichten, der mir vor einiger Zeit bei einer Section unter die Hände kam.

Es handelte sich um einen tief verblödeten, 58 Jahre alten, kleinen, schwächlich gebauten Geisteskranken, der seit 1881 in verschiedenen sächsischen Landesanstalten, seit 1895 hier in Untergöltzsch untergebracht war und weder hier noch dort klinische Symptome einer körperlichen Krankheit geboten hatte. Nachdem er seit Mitte des Jahres 1897 in seinem Körpergewicht von 40,5 allmählich bis auf 35 kg herabgekommen war, ohne dass sich hierfür eine Ursache hätte nachweisen lassen, collabirte er am 5. II. 1898 plötzlich unter den Erscheinungen schwerster und durch kein Mittel zu behebender Herzschwäche und starb 6 Stunden nachher an Herzlähmung. Die Untersuchung seiner Organe vor und kurz nach dem Collapse hatte eine normale Herzdämpfung, normalen Lungenschall und die Abwesenheit von Klappen- und Reibegeräuschen constatiren lassen. Puls und Herzthätigkeit entsprachen einander.

Von dem Obductionsbefunde interessirt Folgendes:

Lungen mässig zurückgesunken, Rippen- und Lungenüberzug, soweit übersehbar, glatt und zart, linke Lungenspitze durch leicht lösbare Stränge mit der Brustwand verwachsen; im Brustfellraum keine freie Flüssigkeit; die medialen vorderen Lungenränder getrennt von einander durch ein oben 3 cm breites, bis zum Herzbeutel sich noch um 2 cm verbreiterndes schlottriges, trüb-weissliches Gewebe (Mediastinopericarditis chronica). Herzbeutel in handtellergrosser Ausdehnung freiliegend; sein seitliches Blatt von derselben milchig-weissen halbtransparenten schlottrigen Beschaffenheit, wie das Mittelfellgewebe; durch dasselbe sieht man 5 fast kreisrunde, im Durchmesser ½—1 cm messende platte Knoten durchschimmern. Die Herzbeutelhöhle vollkommen verklebt; doch lassen sich inneres und äusseres Blatt, wenngleich schwer, von einander trennen. Man gewahrt nirgends auch nur Spuren von eiterigem oder fibrinösem Exsudat, dagegen sind in die beiden sich in ihrer Beschaffenheit vollkommen gleichenden Herzbeutelblätter derbe Knoten eingelagert, deren Grösse und Anordnung aus der nachstehenden Figur ersichtlich ist. — Dieselbe ist in

dem pathologischen Institut der Universität Leipzig, dem das Präparat von der hiesigen Anstalt überlassen wurde, angefertigt, und ich möchte gleich an dieser Stelle nochmals Gelegenheit nehmen, den Herren Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld und Prof. Dr. Kockel für ihre Bemühungen in dieser Sache meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen. — Die Zeichnung stellt das Herz in der gewöhnlichen Lage dar; die Vorderfläche der rechten Kammer ist nach Ablösung und Rückwärtsklappen des äusseren verdickten Herzbeutelblattes freigelegt, und es ist von der Herzspitze entlang der Scheidewand nach der Lungenschlagader, welcher 2 zum Theil verkalkte, zum Theil verkäste, kohlepigmenthaltige Lymphdrüsen anlagern, ein Schnitt geführt. Derselbe lässt an derjenigen Stelle, wo er den grössten (1 : 2 : 1 cm) dieser der Vorderfläche des Herzens aufgelagerten Knoten durchtrennt, erkennen, dass diese mit dem Herzmuskel in keiner Verbindung stehen, sondern sämmtlich, wie dies auch das mikroskopische Bild bewies, in das fibröse Gewebe des Pericards verwebt sind. Es waren ungefähr 50 erbsen- bis mandelkern- bis kirschgrosser Knoten, die in solch' unregelmässiger Anordnung, wie man sie auf dem Bilde sieht, über die Vorder- und Hinterfläche der Herzkammern vertheilt waren, so dass man beim ersten Anblick an Geschwulstmetastasen denken musste, zumal sich dieselben beim Einschnitt als aus festem gelbgrauem, fast warzenartig-körnigem Gewebe bestehend erwiesen. Bei der weiteren Untersuchung zeigten sich jedoch in der Umgebung des Anfangstheiles der grossen Gefässe und in dem schwieligen Mittelfell eine Menge typisch tuberculöser Lymphdrüsen; weiter waren fast sämmtliche Bronchialdrüsen an der Lungenpforte in gleicher Weise ver-

---

[19]) l. c.
[20]) Verhandlungen des Vereins für innere Medicin in Berlin. Sitzung vom 15. II. 1897.
[21]) l. c.
[22]) l. c.

ändert und endlich fanden sich in dem linken Lungenoberlappen ebenfalls alte tuberculöse Herde, über denen der Lungenüberzug eingezogen und etwas verdickt erschien, ohne aber hier oder in der Umgebung miliare Knötchen zu zeigen. Vom Herz ist nur noch zu erwähnen, dass es sich im Zustande einfacher Dilatation befand und dass seine Musculatur braun atrophisch erschien. Alle übrigen Organe waren frei von erwähnenswerthen Veränderungen, insbesondere von Tuberculose.

Der makroskopische Befund liess, was die Differentialdiagnose anbetraf, noch an Gummata denken, die bei multiplem Auftreten wohl einen ähnlichen Anblick hätten bieten können; doch fehlten für diese Annahme anderweite Zeichen von Lues, narbige Residuen resorbirter Gummiknoten und vor Allem die charakteristische weiche sulzige Consistenz der Knoten. Endlich konnte es sich um Neubildungen geschwulstiger Art handeln. Musste es aber nach dem Lungen- und Drüsenbefunde schon wahrscheinlich sein, dass man es mit einem eigenartigem Falle von Tuberculose des Herzbeutels zu thun hatte, so beseitigte die mikroskopische Untersuchung die letzten Zweifel.

Das mikroskopische Bild eines Schnittes aus einem ca. 1 cm im Durchmesser haltenden Knoten stellte sich so dar, dass im Centrum eine körnige, schollige, sich schwer färbende Masse mit Resten von zerfallenden Zellen und vereinzelten freien Kernen ohne ausgesprochene Verkäsung zu sehen war, in der Peripherie eingestreut in ein ziemlich mächtiges fibrilläres Reticulum eine mässige Anzahl grosser kranzartiger Riesenzellen mit vereinzelten epitheloiden Zellen und Rundzellen in der Nachbarschaft, ganz peripher das fibrös verdickte Pericardium. Auch gelang der Nachweis vereinzelter Tuberkelbacillen in und ausserhalb der Riesenzellen.

Zur Bestätigung der Diagnose, über die ich nichts in den gewöhnlichen Lehrbüchern der pathologischen Anatomie fand, schickte ich das Herz an das pathologische Institut der Universität Leipzig, wo es von Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld als ein seltener und schöner Fall reiner Perlsucht des Herzbeutels beim Menschen bezeichnet wurde.

In früherer Zeit, wo noch der Streit um die Identität der Perlsucht und menschlichen Tuberculose herrschte, würde dieser Fall, in dem die beiden Formen vergesellschaftet sind, vielleicht noch höheres Interesse in Anspruch genommen haben. Aber auch jetzt, wo diese Identität längst nachgewiesen ist, und wo nach Johne (Birch-Hirschfeld's Allgemeine Pathologie 1889, S. 239) das Vorkommen der für das Rind als charakteristisch geltenden Perlknötchenform der Pleura- und Peritonealtuberculose mehrfach bei Schweinen, ja selbst beim Menschen gesehen worden ist, halte ich ihn für der Mittheilung werth, da, wie ich auch von autoritativer fachmännischer Seite hörte, nur sehr spärliche Literaturangaben und wohl keine Abbildung über ähnliche Befunde am Herzbeutel existiren. Ich habe in der That bei der Durchsicht der Literatur keinen auch nur annähernd ähnlichen Fall gefunden. — Orth erwähnt in seiner pathologischen Anatomie 1887 einen Fall, in dem ein etwa mandelkerngrosser, käsiger, tuberculöser Knoten über dem pericardialen Theil der Aorta sass, Pauli (Inauguraldissertation Halle) einen solchen tuberculöser Pericarditis, in dem sich eine totale Synechie der beiden Pericardialblätter fand, und wo diese Verwachsungen hauptsächlich durch grössere, flächenhaft sich ausbreitende Neubildungen, verbunden mit umfangreichen Käseherden in den Adhaesionen, hervorgerufen wurden. Ich könnte mir denken, dass beide Fälle ein späteres Stadium des oben beschriebenen Processes repräsentiren, dass also hier die ursprünglich vorhandenen Knoten confluirt wären und eine weitere rückgängige Metamorphose erfahren hätten. Anscheinend etwas häufiger als die Herzbeutelperlsucht kommt die Pleura- und Peritonealperlsucht beim Menschen vor. Noch öfter findet man in der Thiermedicin, speciell auch bei Thieren, die für gewöhnlich nicht die für das Rind typische, perlsuchtartige Form der Tuberculose bieten, ähnliche Befunde an den serösen Häuten verzeichnet. So beobachtete z. B. Semmer (Koch's Monatsschrift XVIII., S. 193) bei der Section eines Hundes, der mit tuberculösen Neubildungen perlsüchtiger Rinder gefüttert worden war, ausgesprochene Perlsucht der serösen Häute, dasselbe bei mit ähnlichem Materiale geimpften Meerschweinchen.

Am meisten ist natürlich in der Pathologie des Rindes von der perlsuchtartigen Erscheinungsform der Tuberculose die Rede und aus den bezüglichen Beschreibungen der Autoren ersieht man, dass ein Recht besteht, in unserem Falle von einer Perlsucht des Herzbeutels zu sprechen. Schüppel schreibt (im Thierarzt No. 1, 1873) an der Stelle, wo er auf den Unterschied zwischen Perlsucht und Tuberculose des Menschen eingeht, dass die Perlknoten, wenigstens an den serösen Häuten nur zum kleinen Theil in Form des miliaren Tuberkels auftreten, zum grössten Theil vielmehr als umfangreichere Knoten von der Grösse einer Erbse, Kirsche, Kartoffel, und dass diese Knoten, bevor sie verkalken und verkäsen, hinsichtlich ihres Ansehens, ihrer Consistenz und Schnittfläche mehr einer fibrösen Geschwulst gleichen. Johne erwähnt (Lehrbuch d. allgem. path. Anat. v. Birch-Hirschfeld, 1889), nachdem er die Perlknoten in ähnlicher Weise beschrieben hat, dass, wenn die Verkäsung und Verkalkung ausbleibe, wie dies nicht so selten in den tuberculösen Neubildungen der Serosen der Fall wäre, diese makroskopisch, zum Theil auch mikroskopisch das Ansehen von Sarkomen gewännen. Endlich findet man bei Kitt (Lehrb. d. path.-anat. Diagnostik f. Thierärzte) vermerkt, dass für gewöhnlich die tuberculösen Granulationen umfangreich, ganz diffus über das viscerale und parietale Blatt des Herzbeutels hinwachsen. «Beinahe die ganze Herzoberfläche ist dann mit Granulationsmassen bedeckt, die als knollige, breitgestielte, erbsen- bis nussgrosse, selbst beinahe faustgrosse, schlaffe, derbe Gewebsklumpen oder dickzottige Höcker darüber hängen. Die einzelnen Knollen sind meist durch fädige Gewebsbrücken mit einander und der Herzoberfläche (dies ist auch in der Zeichnung an einer Stelle wenigstens angedeutet) verbunden, und weich schlottriges, entzündliches Granulationsgewebe ist zwischendurch und nebenher situirt. Ihre Farbe ist trübgrau; Verkäsungscentren sind in dieser vorwegs fibroplastischen Vegetation nur vereinzelt zu finden.

Die Oberfläche und Durchschnitte aller Granulationen zeigen eine gewisse kernige Beschaffenheit. Nicht selten ist die Verkäsung makroskopisch gar nicht ausgeprägt, besonders dann, wenn der Herzbeutel mit dem Herz durch die Granulationen complet verwachsen ist (Synechia cordis tuberculosa). Dann ist der Herzbeutel schon aussen milchig getrübt und zeigt eine dicke halbtransparente Schwarte.»

Sämmtliche Schilderungen passen, wenn man die Grössenverhältnisse berücksichtigt, fast bis in das Kleinste auf meinen Fall.

Bezüglich seiner Entwicklung lässt sich nur vermuthen, dass die Infection des Herzbeutels wahrscheinlich nicht direct von der Pleura her, die ja nicht oder kaum erkrankt war, sondern von den tuberculösen mediastinalen und Bronchiallymphdrüsen her erfolgt ist, welche das tuberculöse Gift aus der Lunge, hier wohl dem linken Oberlappen, zugeführt erhielten. Durch die Erkrankung der Drüsen ist hier möglicherweise, ähnlich wie dies beim Rinde zuweilen geschieht (Schmidt-Mühlheim: Allgem. pathol. Anat. v. Birch-Hirschfeld, S. 242, 1889; Zeitschrift f. Fleischbeschau etc., III, No. 4), eine Lymphstauung im Wurzelgebiet der Drüsen und ein Durchtritt der mit Tuberkelbacillen beladenen Lymphe aus den Lymphwurzeln, hier also in das Pericard, hervorgerufen worden.

Ganz dunkel ist, warum nun die Tuberculose hier in dieser beim Menschen nicht gewohnten Form aufgetreten ist. Bollinger ist der Ansicht, dass die Perlsucht nichts Anderes ist, als eine offenbar durch die Chronicität des Infectes bedingte Modification der grob anatomischen Form der Tuberculose im Rindsorganismus. Eine solche Chronicität bestand offenbar auch hier, wie aus allen Befunden und Nebenbefunden hervorgeht. Ferner möchte ich noch hervorheben, dass die Tuberculose in hiesiger Anstalt, besonders in der auf trockenem schiefrigem Boden stehenden Männerabtheilung ganz vereinzelt ist und entweder sehr chronisch verläuft oder, wie mir aus verschiedenen Fällen bekannt, zur Verheilung gekommen ist, und dass in allen diesen Fällen die Tuberculose nicht hier entstanden ist, sondern bei der Aufnahme schon bestand. Es ist nun zwar bisher hier kein ähnlicher Fall von perlsuchtartiger Tuberculose beobachtet worden, aber auch nicht unmöglich, dass diese Neigung zu chronischem Verlauf auf die eigenartige Form meines Falles von Einfluss war. Semmer weist gelegentlich seiner Ausführungen über den Grund der Verschiedenheit der Tuberculoseform beim Menschen und Rind auf die abweichenden Verhältnisse hin, die bezüglich der Eigenwärme, Nahrung etc. zwischen Mensch und Rind existirten. Es dürfte vielleicht nicht

ohne Interesse sein zu erfahren, dass wenigstens in Bezug auf die Nahrung ähnliche Verhältnisse bestanden, insofern als der Kranke in den letzten Jahren nie dazu zu bestimmen war, Fleisch zu essen, also wie das Rind reiner Herbivore war. So weit ich davon entfernt bin, aus dieser Thatsache voreilige Consequenzen zu ziehen, so glaubte ich doch auch nicht sie verschweigen zu dürfen, damit künftige Beobachter diesbezügliche Erhebungen anstellen, die uns über die angeregte Frage aufklären können.

Herrn Medicinalrath Dr. Lehmann in Untergöltzsch, meinem hochverehrten Chef, spreche ich auch an dieser Stelle für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die Ueberlassung des Materiales meinen ehrerbietigsten Dank aus.

Aus der bacteriologischen Abtheilung des kgl. Operationscurses für Militärärzte.

Ueber eine bisher nicht beobachtete Art von Parasiten in einem jauchigen Pleuraexsudat.

Von Dr. *Emil Welcke* in München.

Krankheitsgeschichte: Der Gemeine Andreas F. ging am 8. I. 1898 der Station B I des k. Garnisonslazarethes zu. Er erkrankte angeblich vor 8 Tagen nach einer Erkältung unter Kopfschmerz, Frieren, Husten und Auswurf. Er klagt jetzt über Husten, Stechen in der linken Seite, Appetitlosigkeit. Links hinten unten Rhonchi und Knistern. Temperatur 38,0—38,4. Am 10. Abends Fieberabfall, dagegen Arrhythmie des Pulses, sowie ziemlich reichlich serös schleimiger Auswurf. In der Nacht vom 12.—13. unter heftigem Schüttelfrost vermehrtes, sehr heftiges Brueststechen in der linken Seite. Links hinten unten handbreite Dämpfung bis zur Mammillarlinie, oberhalb Bronchialathmen und feines Reiben. Temperatur 39,2—39,9. Am andern Tag Herzdämpfung etwas nach rechts verschoben, sonst Status idem. Am 17. I. 98 im linken 4. Intercostalraum Probepunction, welche dick eitriges, äusserst übel riechendes Exsudat zu Tage förderte.

Die für den folgenden Tag angesetzte Thorakocentese wurde dadurch beschleunigt, dass bei der Abendvisite unter starkem Hustenanfall reichlich stinkende Massen entleert wurden. Schleunige Operation erfolgt. Probepunction nach Blosslegung der Pleura unter der 5. linken Rippe ergibt negatives Resultat.

Der das Rippenfell palpirende Finger bricht an einer morschen Stelle in eine etwa faustgrosse abgekapselte Höhle, die nur Spuren von Eiter enthält. Ausspülung mit 1‰ Thymollösung. Am 18. I. 98 Temperaturabfall, am 19. I. 98 wieder Anstieg bis 39,2. Secret mässig, nicht übelriechend. Am 20. und 21. Abends 40,2, gleichzeitig rechts hinten unten 2 Finger breite Dämpfung, rechts vorn unten ausgedehntes trockenes Reiben Vom 22. an weicht das Fieber, das Exsudat rechts verkleinert sich, das Sputum, welches Anfangs schleimig-eitrig war und Klumpen enthielt, in welchen sich elastische Fasern befanden, wird auffallend dünnflüssig, schleimig, reichlich ein Spucknapf voll täglich, ohne Tuberkelbacillen. Der quälende Husten lässt nach und Patient erholt sich langsam von seinem äusserst hinfälligen Zustande. Zur Zeit besteht bei subjectivem Wohlbefinden noch Hustenreiz, der sich meist Abends einstellt, rechts oben höherer und verkürzter Schall; verlängertes und verschärftes Exspirium, inconstantes feinblasiges Rasseln über der rechten Spitze. Ueber dem hintern Theil der Narbe inspiratorisch, über der Lebergegend exspiratorisch feines Reiben.

Die mikroskopische Untersuchung des durch die Probepunction am 17. I. entleerten Eiters ergab einen höchst überraschenden Befund. Neben den Leukocyten und zahllosen unbeweglichen Kurzstäbchen fanden sich nämlich in ziemlicher Anzahl sehr lange, fadenförmige Gebilde, theilweise mit, theilweise ohne eine runde oder spindelförmige Verdickung an ihrem vorderen Ende, die in lebhafter Schlangenbewegung das Gesichtsfeld durcheilten. Ueber die Deutung dieser mir vollkommen neuen und so eigenartigen Organismen war ich zuerst vollkommen im Unklaren. Eine Durchsicht der mir augenblicklich zugänglichen Literatur zeigte, dass sich bei Leukart[1]) eine Abbildung findet, die mit den in den Präparaten vorhandenen Gebilden grosse Aehnlichkeit zeigte. Leukart bezeichnet diese Formen als Cercomonas intestinalis (Davaine) und ich glaubte Anfangs, es mit diesem Parasiten zu thun zu haben. Indessen ergab sich bei längerer Beobachtung, dass die Formen mit einer knopfartigen Anschwellung in der Minderzahl waren, während die Mehrzahl aus langen Fäden bestand, wie sie die nach Methylenblau-Trockenpräparaten von Herrn Universitätszeichner Krapf gefertigten Fig. 4, 5, 6 u. 7 wiedergeben. Ferner möchte ich noch bemerken, dass die Aehnlichkeit der in den Präparaten beobachteten, mit der vorderen Verdickung versehenen Formen, mit den Abbildungen Leukart's viel grösser erschien, so lange sie Lebenserscheinungen darboten, als es Fig. 1 vermuthen lässt.

Der Grund davon dürfte wohl darin zu suchen sein, dass der kürzere Fortsatz am vorderen Ende in Folge der fortwährenden Bewegung des ganzen Parasiten nur theilweise zu sehen war und desshalb viel kürzer erschien, während zugleich die Anschwellung den Eindruck hervorbrachte, als sei sie verhältnissmässig dicker und kürzer.

Die Bewegungen waren Anfangs so lebhaft und kraftvoll, dass dadurch weisse Blutkörperchen förmlich aus dem Wege geschleudert wurden, allmählich aber wurden sie langsamer und schwächer und schliesslich nach 25—30 Minuten hörten sie mit dem Erkalten des Eiters vollständig und unwiederbringlich auf.

Leider wurde von der Punctionsflüssigkeit nichts für weitere Untersuchungen aufgehoben, weil zu erwarten war, dass bei der Operation Eiter in reichlicher Menge erhalten werden würde. Die Punctionsflüssigkeit wurde vielmehr nur zur Herstellung einiger mikroskopischer Präparate, dann zur Anlegung von Culturen in Bouillon, Peptonwasser, Agar und Serum verwendet, der Rest einem Kaninchen in die Bauchhöhle eingespritzt. — Unglücklicher Weise erfolgte, wie oben schon erwähnt, noch vor der Operation der Durchbruch in einen Bronchus und ging dadurch das Material für die Untersuchung fast ganz verloren, denn die ausgehusteten Massen wurden erst nach 2—3 Stunden, somit vollkommen erkaltet, in's Laboratorium zur Untersuchung gebracht. In denselben fanden sich nur todte Exemplare der oben beschriebenen Gebilde in grosser Menge. Dagegen gelang es in einer Spur Eiter, der nach der Operation aus der Abcesshöhle mit dem Finger abgestreift worden war, lebhaft bewegliche Formen zu finden und den anwesenden Herren zu zeigen, so dass über die Richtigkeit des Befundes kein Zweifel bestehen kann.

Beim Verbandwechsel fanden sich Anfangs einige todte, später keine Parasiten mehr. Auf den Culturen wuchsen nur Streptococcen; das Kaninchen starb nach 2 Tagen, zeigte eitrige Peritonitis, reichlich opalescirendes, gelbes Exsudat in der Bauchhöhle, aus welchem ebenso wie aus Milz und Herzblut nur Streptococcen zu gewinnen waren.

Es handelt sich nun um die Frage, welcher Art die gefundenen Wesen angehören. Von vorneherein sprach die Kraft der Bewegungen, ferner die Verjüngung beider Enden und die ganz ungewöhnliche (100—140 μ betragende) Länge dagegen, dass es Bacterien seien.

---

[1]) Leukart: Parasiten I, 2. Aufl., S. 306.

Herr Prof. Hertwig, dem ich die gefärbten Präparate vorlegte, erklärte, dass er die fadenartigen Formen unter die Spirillen rechnen würde, während die mit der Anschwellung am vorderen Ende versehenen eine Mittelstellung zwischen Spirillen und Protozoen einnehmen würden. Bestimmten Entscheid ermögliche nur lebendes Material. Mehrere Stücke liessen lebend Andeutungen einer Structur erkennen, welche der lückenhaften Färbung in Fig. 6a und b und 7 entsprechen würde; während dagegen die Anschwellung in Fig. 1 anscheinend homogen und kernlos war. Die regelmässige Anordnung der stark und schwach gefärbten Stellen, wie sie ausser den oben bezeichneten auch noch Fig. 4 und 5 in verschiedener Deutlichkeit erkennen lassen, erinnert sehr an Gebilde, wie sie Prof. Zettnow[2]) durch vitale Färbung an grossen Spirillen erhielt. Allein es lässt sich nicht bestimmen, in wie weit unsere Bilder hier durch Veränderungen beim Eintrocknen bedingt sind. Jedenfalls sind, abgesehen von der mehr protozoenartigen Form in Fig. 1, Spirillen von der Grösse wie die vorliegenden, deren Länge das 13—19fache des Durchmessers eines rothen Blutkörperchens erreicht, bisher kaum beobachtet.

Es ist mir demnach nicht möglich, die in Rede stehenden Gebilde einer bestimmten Art einzuordnen, ja es lässt sich nicht einmal sagen, ob die verschiedenen Formen einer Art angehören oder nicht. Um so mehr ist es zu bedauern, dass durch einen unglücklichen Zufall das weitere Studium dieser eigenthümlichen und soviel ich aus der mir zugänglichen Literatur ersehe, bis jetzt beim Menschen noch nicht beobachteten Parasiten, verhindert wurde. Trotzdem erschien es mir gerade im Hinblick auf den Umstand, dass derartige Gebilde im menschlichen Körper bis jetzt nicht gefunden worden zu sein scheinen, wiewohl sich nach Privatmittheilungen, die ich Hrn. Prof. Loew und Hrn. Prof. Hofer verdanke, sowohl im Staube, als auch in Insecten die mannigfaltigsten Parasiten ähnlicher Art vorfinden, nicht ohne Interesse, diesen Befund zu veröffentlichen.

Hinsichtlich der Frage, ob im vorliegenden Falle die Parasiten mit der Entstehung der Krankheit in ursächlicher Verbindung stehen, möchte ich mich nur mit Vorbehalt aussprechen, hauptsächlich mit Rücksicht auf die Gegenwart massenhafter Streptococcen im Eiter. Mir scheint es wahrscheinlicher, dass die Parasiten erst nachträglich, vielleicht durch Einathmung in den durch andere Ursachen herbeigeführten Lungenabscess oder auch zugleich mit den betreffenden Ursachen hineingerathen sind und dort eine ihnen zusagende Brutstätte vorbereitet oder entstehend fanden, in der sie sich üppig vermehrten.

[2]) Zettnow: Ueber den Bau der grossen Spirillen, Zeitschrift für Hygiene und Inf. Bd. XXIX, 1897, S. 72.

Feuilleton.

Medicinisches aus dem Anfange des 18. Jahrhunderts.

Von Dr. med. et phil. *Buschan* in Stettin.

Vor 2 Jahren wurde von dem Geistlichen an St. Jacobi in Stettin, Dr. K. Scipio, in einem Winkel der Bibliothek genannter Kirche ein Bündel Zeitungen aufgefunden, das 233 Nummern der ältesten, bisher bekannten Stettiner Zeitung, «Stettiner ordinären Postzeitung» aus den Jahren 1716—1720 enthielt. Die einzelnen Bogen derselben waren noch in dem Zustande, wie sie damals die Druckerpresse (Druck und Verlag durch den Rathsherrn Effenbart) verlassen hatten, d. h. ungefalzt erhalten geblieben; von der Existenz dieser Zeitung, noch viel weniger von einem so alten Jahrgange derselben hatte man bis dahin keine Ahnung gehabt.

Der Inhalt genannter Zeitung, die wöchentlich 2mal in klein Octav erschien, bestand in der Hauptsache aus «politischen Nachrichten»; hierzu zählten Mittheilungen über kriegerische Ereignisse, Verlustlisten der gefallenen Officiere, Listen der Kriegsgefangenen, ferner Berichte über die Bewegung der Handelsflotte, historische und geographische Berichte über Gegenden und Länder, die gerade im Vordergrunde des allgemeinen Interesses standen, sowie Correspondenzen aus Stettin und näherer oder weiterer Umgebung, also Verschiedenes, was wir heutigen Tags unter «Vermischtes» zu finden gewohnt sind. Jede Nummer enthält ferner am Schluss noch auf einer halben oder ganzen Seite Notifications- oder Avertissements, die unseren modernen Inseraten — so finden sich u. a. darunter Lotterieanzeigen, Güter- und Gasthofverkäufe, Angebote von Kornpächtern, Ankündigung von italienischer Buchführung, Anzeigen literarischer Erzeugnisse, Annoncen von Aerzten und Heilmitteln — entsprechen. Schliesslich sind einzelnen Nummern der Zeitung noch Extrabeilagen in Quartformat beigegeben, die ausführliche Berichte über Capitulationen, Schlachten, Friedensverträge, über Naturwunder und auch ärztliche Reclamen bringen. — Wie aus der vorstehenden kurzen Zusammenstellung ersichtlich, sind die 4 Jahrgänge der «Stettiner ordinären Postzeitung» eine wahre Fundgrube für culturgeschichtliche Untersuchungen jeder Art. Uns Aerzte interessiren in erster Linie aus dem Inhalte die Reclameanpreisungen über den bekannten Doctor Eisenbart und über verschiedene Heilmittel, die bezüglich ihrer Häufigkeit unter den Anzeigen der Notifications entschieden den Löwenantheil einnehmen, sowie eine ganze Reihe von Notizen über damalige Gesundheitszustände in den Grossstädten, Epidemien, ärztliche Methoden, Personalien etc., die sich in dem politischen Theil zerstreut finden. Ich habe die 4 Jahrgänge, soweit die einzelnen Nummern aus denselben vorhanden sind, daraufhin durchgesehen, was bei dem kleinen Druck, der mangelhaften Interpunction und dem mit Fremdworten stark durchsetzten Text ziemlich Mühe kostet, und denke, dass eine Zusammenstellung dessen, was ich dabei gefunden habe, für die Geschichte der Medicin nicht unwesentlich und für die Leser dieser Zeitschrift nicht uninteressant sein dürfte.

Zunächst seien einige Angaben über die damaligen gesundheitlichen Verhältnisse gemacht. Gegen Ende des Jahres 1716 herrschte in Frankreich eine starke Epidemie, die wohl Masern gewesen sein mag; die Bezeichnungen für dieselben lauten «Kinderblattern, Kinderpocken oder Maseln». Besonders Paris scheint von derselben stark in Mitleidenschaft gezogen worden zu sein; denn es wird berichtet, dass die Kinderblattern «allda stärker als jemahls grassiret». Selbst unter den höchsten und allerhöchsten Ständen forderten sie ihre Opfer; so werden u. A. als erkrankt oder gestorben gemeldet: der Marquis von Olone, der Marschall von Montrevil, die Herzogin von Fevillade, die Marquise de la Vrillière. Auch der junge König von Frankreich wurde durch die «Maseln» dahingerafft, nachdem er auf dem Hofballe vorher noch 8—10 junge Herren, mit denen er daselbst getanzt hatte, angesteckt hatte. Aus Venedig werden ebenfalls Krankheitsfälle berichtet, hier erkrankte, erholte sich aber glücklicher Weise der Kronprinz von Sachsen.

Auch das übrige Europa wurde zu derselben Zeit von mancherlei Epidemien heimgesucht. So läuft im September 1716 aus Wien die Nachricht ein, dass «wieder auf's Neue einige übliche Krankheiten sich zeigen wollten». So seien in Bruck in der Steiermark etliche Häuser schon «mit solchen inficirten Krankheiten» ergriffen worden; auch aus Salzburg sei die Kunde gekommen, dass «etwas sich zeige». «Auch in Belgrad», so heisst es im folgenden Jahre, «ereignen sich schwere Krankheiten und reissen viele Städte weg». Es scheint sich damals um den Ausbruch der Pest gehandelt zu haben, denn die nächsten Jahre bringen verschiedentlich Nachrichten, dass diese Krankheit allenthalben, besonders in Polen, stark wüthete. Im November 1719 kommt die Kunde aus Lemberg, dass die Pest bereits nachlasse und im Januar des darauffolgenden Jahres heisst es, dass daselbst «die Contagion nachgelassen habe». Ausser der Pest scheint es noch andere epidemische Krankheiten zu der gleichen Zeit gegeben zu haben, denn aus Lemberg wird im August 1719 gemeldet, dass «auf denen Vorstädten unter den Juden noch unbekandte Krankheiten grassiren».

Interessant ist es zu hören, dass man bereits damals gewisse prophylaktische Maassregeln gegen die herrschenden Infectionskrankheiten beschrieb. «Es werden aber alle möglichen Gegenverfassungen gemacht, solchen übel weiter einzureissen vorzukommen». Diese Prophylaxe bestand einmal in der Isolirung der bereits Erkrankten. In Lublin (1720) hatte man 16 von inficirten Personen (wahrscheinlich von der Pest) auf das Feld gebracht; sie befanden sich Alle noch am Leben. Also werden auch in der Badstube 21 Christen von 6 Juden gehalten und nicht unter andere Leute gelassen, weil 2 andere Personen, so sich mit diesen zugleich gebadet, Todes verblichen sind, die aber, so schon etliche Tage gehalten, befinden sich gesund». Absperrung auf dem Felde, sowie in den Badestuben, d. h. wohl in einer Art von öffentlichen Krankenhäusern, waren die Vorbeugungsmaassregeln in Lublin. Noch mehr unserer modernen Hygiene entspricht das Verfahren, das ein Herr Thomas aus Metz den Vätern der Stadt Paris zur Assanirung in Vorschlag brachte. Er wollte einen Canal ausserhalb der Stadt anlegen, «worin aller Unflath von deren Strassen soll geleitet werden, um dadurch die böse Luft, welche allhie im Sommer ist, hinwegzunehmen», und verlangte für diese Leistung die kleine Summe von 5000000 Pfund. Ob sein Project in der Lutetia Parisiorum zur Ausführung gelangt ist, erfahren wir leider nicht.

Entsprechend diesen allenthalben herrschenden Epidemien war auch die Sterblichkeit eine hohe, oder vielmehr sie übertraf an Zahl die Geburten. Im Jahre 1719 starben in Berlin 3383 Personen, geboren wurden 2490, mithin verringerte sich die Bevölkerung um 893 Individuen. In London wurden in demselben Jahre 18438 Kinder (9560 Knaben und 8877 Mädchen, also Knabenüberschuss!) getauft und 28347 gingen mit dem Tode ab; der Ausfall der Bevölkerung wird somit ca. 10000 Personen betragen haben. In Dresden endlich wurden 1491 Kinder getauft und 1538 Leute

starben, also auch hier war ein Minus in der Bevölkerung vorhanden.

Wenngleich die darauf bezüglichen Notizen sehr spärlich sind und keinen sonderlichen Werth besitzen, so will ich doch der Vollständigkeit halber einige Krankheitsbezeichnungen, die uns entgegentreten, hier wiedergeben. Ein Oberdomprediger Eichholz, der Herzog von Malborough, sowie die Kaiserin Eleonore in Wien wurden vom Schlage (auch Schlagfluss genannt) gerührt; der erstere starb daran, der andere Patient erholte sich indessen wieder, und die Kaiserin musste, trotzdem «zur Wiedergenesung alle kostbaren Medicamente» zur Anwendung kamen, dennoch daran glauben. Der König von Frankreich wurde »von einer kleiner Unpässlichkeit im Magen betroffen», ein Herr v. Vieuville starb «für grosse Schwermüthigkeit», der Prinz Conti hatte «einen schlimmen Zufall an der Hand», und der König von Schweden «ist etwas incommodiret gewesen mit seiner starken Engbrüstigkeit, deren Ursache die Königl. Leib-Medici hauptsächlich der vorm Jahr auf der Insel Rügen an der Brust empfangenen Blessur zuschreiben.»

Mehr interessante Gesichtspunkte bietet uns die Therapie der damaligen Zeit. Der Papst, der «mit einer vollkommenen Wassersucht angefüllet» ist, muss sich auf Anregung seiner Aerzte, «unter denen Lausisi genannt wird, einer Diätcur unterziehen.» «Man findet, dass Er so schwach ist, dass die Doctores aus Sorge, den Magen nicht zu überladen, ihm sein Deputat an Speise abwiegen.» — Von der chirurgischen Behandlung erzählt uns eine Episode aus dem Türkenkriege. Der türkische Botschafter hatte einen Türken «von den Fusssohlen an, den gantzen Leib bis aufs Haupt» derartig prügeln lassen, «dass ihm die Fusssohlen sehr aufgeschwollen, und über den Leib dicke Geschwülste bekommen, auch für todt dagelegen». Es wurden dem so Gepeinigten die Anschwellungen aufgeschnitten und mit scharfem Essig ausgewaschen, worauf die Wunden wieder heilten. — Ein Procurator und Stadt-Untervogt in Kopenhagen hatte sich in Folge melancholischer Verstimmung «ernstlich mit einem Feder-Messer in der Brust, und hernach mit dem Degen durch und durch gestochen». In welcher Weise diese schwere Verletzung behandelt wurde, wird zwar nicht gesagt, indessen wie wir erfahren «wurde durch der Medicorum Fleiss noch an seiner Gesundheit gehoffet».

Ein sehr verbreitetes therapeutisches Hilfsmittel war der Aderlass. Sei es, um die regierende Kaiserin «in Ihro Schwangerschaft zu avanciren», oder auch, um einen etwaigen schädlichen Einfluss der Nachricht vom Tode des Erbprinzen auf ihren gesegneten Zustand zu verhüten, oder eine «Indisposition» zu beseitigen, auch Sorgen zu bannen, immer wird eine Venaesectio vorgenommen. Selbst der Kaiser macht sich gelegentlich seiner Reconvalescenz über seine Leibmedici lustig, indem er ihnen vorhält, «dass ihre Wissenschafft nur in Proben bestünden / und keinen rechten Grund hätten / denn als Er unlängst unpässlich gewesen / hätte der eine das Purgiren / der andere das Aderlassen gerathen».

Wie man die Simulation zu entlarven suchte, lehrt uns folgendes ergötzliche Geschichtchen, das aus Wien berichtet wird. Ein Abt, Namens Todessky, hatte sich «vor einigen Tagen gestellet, als ob er seine Sprache verloren habe». Daraufhin setzte ihm der Chirurgus 5 spanische Fliegen und drohte mit der Application von noch weiteren 6. «Da hat er, so heisst es in dem Bericht, die Pein nicht länger ausstehen können, sondern wieder zu reden angefangen». — Auch von einer Wunderheilung (Suggestion) erfahren wir. Ein Freiburger Student der Theologie, der «in die 12. Jahr temperamenti Melancholici gewesen und in keine Kirche gebracht werden können», liess sich von seinem Freunde zu einem Kirchgange «bereden» und erlangte «seinen rechten Verstand» von Stund an wieder.

Wie weit Aberglaube oder bereits Ueberzeugung von der heilsamen Wirkung des Wassers bei folgender Episode im Spiele gewesen sind, lässt sich schwer sagen. Als der Prinz Philipp von Belgien in Venedig von einem tollen Hunde gebissen war, liess die Grossprinzessin von Toscana ein Consilium medicorum abhalten und dessen Beschluss nebst einigen kostbaren Balsams nach Rom senden, «welchem zufolge gedachter Printz nach einem See-Hafen gebracht / und allda dreymahl am Strand ins Wasser getauchet worden, welches dem Vernehmen nach vor solche schlimmen Bisse sehr heilsam seyn soll.» Jedenfalls war der Besuch heilkräftiger Brunnen damals schon üblich. Der König von Sachsen sucht «Karlsbad», sodann das «Töplitzer Bad», der Czar Spa, der König von Britannien Pyrmond «zum Gebrauche dasiger Wasser» oder «um sich daselbst des Brunnens zu bedienen» auf. Schliesslich sei noch erwähnt, dass der König von Frankreich nach Vincennes in die Sommerfrische geht, «um allda auff 6 Wochen frische Luft zu schöpfen».

Die sociale Stellung der Aerzte scheint, wie wir aus dem oben mitgetheilten Ausspruche des deutschen Kaisers entnehmen können, keine sonderlich bevorzugte gewesen zu sein. Auch die Honorarverhältnisse, selbst berühmter Capacitäten, waren keineswegs glänzende zu nennen. So erhielt der «berühmte Professor Böerheue von Leyr» nach der Genesung des russischen Czaren von diesem «vor eine einige Consultation / welche er alhie mit anderen Doctoren über dero Krankheit gehalten» 80 Dukaten, was ungefähr 760 Reichsmark entsprechen würde; zwei andere Doctoren, die «Ihm» (dem Arzt oder dem Kaiser?) «bedienet» haben, also wohl Assistenzärzte, resp. Leibärzte, erhielten mehr als ihr Chef, resp. Consiliarius, nämlich jeder 100 Gulden (= 960 Mark), und der Chirurgus, der «ihn in posterioribus bedienet», also wohl die Klystiere verabreichen musste, hielt 50 Ducaten (= 480 Mark) «verehret». Mehr königlich wurde dagegen die «Weise Mutter» belohnt, die im Mai 1716 bei der Geburt des Erbherzogs in Wien Beistand leistete; denn sie erhielt eine goldene Medaille, eine Kette von 300 Ducaten (= 2880 Mark) und 300 Ducaten in specie.

Das für den Arzt unstreitig interessanteste Stück aus der Stettiner ordinären Postzeitung sind die wiederholt auftauchenden Reclameanzeigen über Heilmittel, sowie die Selbstanpreisungen des bekannten Doctor Eisenbart, dessen berühmter oder vielmehr berüchtigter Thaten sich, wie man weiss, sogar die Volkspoesie bemächtigt hat.

Die Nummer vom 23. Mai 1716 enthält folgende Anzeige:

«Zu Berlin bey Herrn Johann Lorentz / Zeitungs-Drucker; zu Hamburg bey Paul Lottern am Herrn-Stall wohnend / ist zu haben der berühmte Edle Gesundheits-Thee / welcher vor Jedermann bey dieser Jahres-Zeit / ein herrlich Präservativ und Blut-Reinigung ist / massen er der Krankheiten Zusatz und Wurtzel durch den Urin hinweg stösset / er ist durch fleissigen Gebrauch eine gewiss- und sichere Medicin wider den Scharbock / Reissende-Gicht / Stein-Schmertzen / Schwind-Sucht / und andern Anfällen / welche in einem gedrucktem Bericht specificiret / und so wohl der Nutzen und Gebrauch zu ersehen ist, das Pfund 3 Rthl.»

Diese Annonce wird noch in 2 weiteren Nummern abgedruckt und ihr später noch hinzugefügt, dass der zu Hamburg verfertigte «edle Gesundheits-Thee nunmehro auch allhier zu Stettin bey Herren Christian Güntern auf der grossen Oder-Strasse zu Viertel-, Halb- und gantze Pfund» zu bekommen ist, allerdings zum Preise von 3 Thaler 12 Groschen.

Durch eine andere Annonce, die ebenfalls des öfteren wiederkehrt, wird «der bishero sehr probat befundene und kostbahre Stein zermalmende und Skorbut abführende Stein-Spiritus des Keyserl. Raths, Herrn Rothen aus Leipzig» angepriesen. Man erhielt denselben für «8 Groschen baarer Bezahlung» im Königlichen Postamt, und «die dazu gehörige Beschreibung ohne Entgeld».

Von einem populär-medicinischen Buche erfahren wir ebenfalls durch ein Zeitungsinserat Sein Titel hiess: Einige kurtze Bemerckungen von der Präservation und Cur der Rothen Ruhr, zum Nutzen und Besten des gantzen Landes herausgegeben von Dr. Daniel Henning Bolten, Leib- und Hof-Medic. Land-Physic. in Pommern und Colleg. Medici Reg. Adjunct.» Dieses Schriftchen war beim Verleger der Zeitung zum Preise von 1 Groschen zu haben.

Das Nonplusultra der Reclame leistet indessen der Dr. Eisenbart. Jedermann kennt diesen Wunderdoctor aus dem bekannten Liede her: «Ich bin der Doctor Eisenbart»; wenige jedoch werden wissen, dass derselbe keine mythische Persönlichkeit gewesen ist, sondern thatsächlich existirt hat. Wie sein Grabstein an der Aussenwand einer Kirche in Hanöv. Münden, den ich vor einigen Jahren persönlich in Augenschein genommen habe, besagt, bekleidete Joh. Andreas Eisenbart (geboren 1661, gestorben den 11. November 1727) in Magdeburg das Amt eines Königl. Preussischen Raths und Hofoculisten; ausserdem war er Königl. Grossbritannischer und Kurfürstl. Braunschweigischer privilegirter Landarzt. Wie auf dem Grabstein auch noch zu lesen, war derselbe «hocherfahren und weltberühmt». Auf seinen Reisen, die er des Erwerbs halber allenthalben unternommen haben muss, gelangte er auch nach Stargardt in Pommern, hielt sich hier längere Zeit auf und lancirte mächtige Reclamen in die Stettiner ordinäre Postzeitung, die seine Ankunft vorbereiten sollten. Eine dieser Anzeigen hat folgenden Wortlaut:

Notification.

Dass sich annoch der berühmte Medicus und Operateur / Herr Eysenbarth / wegen vieler Patienten in Stargardt befindet / wird nochmahlen notificiret / und verrichtet öffters Operationes am Gesicht / Brüche und Gewächsen. Den 8. August hat er einen gewissen Mann einen Polyprin oder Gewächs zwei Haasel-Nuss gross / mit einem sonderlichen Instrument ohne Schmertzen aus der Nasen genommen. Den 11. dito wiederum einen Kranken an einem grossen Darm-Bruch geschnitten. Den 15. dito einer ehrbahren Frau aus Berlin die linke Brust wegen fressenden Krebs abgeschnitten / die sich GOtt Lob! wohl befindet / und in kurtzem soll gesund werden; Sie logiret am Markt im Zepter. Den 20. dito einen Musquetier an einem grossen Darm-Bruch / welchen er 10 Jahre gehabt / glücklich geschnitten; Auch sind diejenigen, welche er im vorigen Monat Junii und Julii an Brüchen geschnitten / und die vielen Blinden glücklich curirt. Sein köstlicher Haupt- Augen- und Gedächtniss-Spiritus wird wegen trefflicher Proben sowohl in seinem Hause zu Magdeburg / als auch in Stargardt vielfältig verkauft / das Loth vor 12 Gr. Logiret noch in Stargardt in Oldehoffs Hause. Auch wird zur freundlichen Nachricht vermeldet / dass obgedachter Herr Doctor Eisenbahrt ehistens nach Stettin kommen / und sich eine Zeitlang daselbst aufhalten wird.

Nachdem die vorstehende Annonce mehrfach zum Abdruck gekommen ist, wird des weiteren berichtet, dass der Dr. Eisenbart, nachdem er sich in Stargardt vom 8. Juli bis 3. November 1716 aufgehalten hatte, nach Stettin seinen zeitweiligen Wohnsitz ver-

legt habe. Gleichzeitig erfahren wir aus diesem Referat über seine Wunderthaten in Stargardt.

«Dass der berühmte Operator und Medicus Herr Eisenbahrt von Stargardt aus alhier angelanget / wird hiemit kund gethan / dessen Renome ist gantz Teutschland nicht unbekandt / er wird diese Woche / geliebts GOtt! einige Soldaten an grossen Leibes-Brüchen / auch Stahr-Blinde Leute durch dessen geschickte Operation / samt anderen Curen vornehmen. Dabey wird in Specie recomandiret sein köstlicher Balsamischer Haupt-Spiritus / welcher wegen seiner Kräffte und vielen Proben / weit und ferne verschrieben und gebraucht wird / sonderlich in Blöden-Augen / allerhand Flüssen / Ohren-Sausen / Schwindel / Kopf-Schmerzen / 1 Loth 12 Gr. seine gute Tinctur in Stein-Schmerzen und Glieder-Reissen 1 Loth 8 Gr. Er Logiret persöhnlich auf dem Raths-Wein-Keller / am Kohl-Markt.»

Die betreffende Nummer der ordinären Postzeitung brachte gleichzeitig eine Extrabeilage, die die Leser des ausführlichen über die Wundercuren des neuen Ankömmlings unterrichtet und 2 von ihm operirte Blasensteine in effigie wiedergibt. Ich lasse diese Reclamebeilage der Originalität wegen in extenso folgen.

Dienstliches Memorial.

Es ist zum Trost deren Patienten allhier angelanget der hochberühmte Medicus Johann Andreas Eisenbarth / kommt aus Stargardt allwo er abermahls grosse Wunder-Curen an allerhand Krankheiten glücklich verrichtete / in specie hat er viele Stockblinde und noch kürtzlich den 5. September eine Frau von Landsberg / welche 15 Jahr stockblind gewesen, wiederum sehend gemacht, unterschiedene an grossen Leibes-brüchen geschnitten / auch einer ehrbaren Frau von Berlin eine Brust wegen fressenden Krebs mit wenig Schmertzen abgelöst / die nunmehro auch GOttlob wieder gesund ist / andere innerlichen und äusserlichen Krankheiten, die er in abundance curiret zugeschweigen. Und weilen dessen Nahme und gute renommé welthändig ist / als ist er von vielen hohen Häuptern als Ihro Käs. Majest. in specie von Ihro Kön. Maj. von Pohlen und Churf. Durchl. zu Sachsen / Kön. Maj. von Preussen / Kön. Maj. von Engeland und Churf. Durchl. zu Braunschw. Lüneburg / mit trefflichen privelegiis begnädiget / und als würkl. Land-Artzt auf- und angenommen. Ferner ist er von Sr. Churfürstl. Gnaden zu Mayntz / auch allen Durchl. Sächsischen Fürsten / Fürstl. Durchl. von Hessen-Cassel mit guten privelegiis versehen / wie er dann auch von verschiedenen Medicinischen Facultäten und vielen berühmten Städten herrliche attesta produciren kan / woraus zu ersehen / dass er im gantzen Römischen Reich vortreffliche Proben seiner Künst und Wissenschafften an den Tag geleget / auch nur ein Eysenbarth ist / so lange ihm GOtt sein Leben gönnen wird; Er hat 31 Jahr practiciret und von GOtt sonderliche Gnade vielen verlassenen Patienten zu dienen.

Damit aber der geneigte Leser seine Wissenschafft und Kunst wissen möge / als werden nur etliche Krankheiten / die nächst GOtt vielfältig curirt hat / hiermit angeführet: Als die mit langwierigen Haupt-Schmertzen, Schwindel und Schlag-Flüssen behaftet / auch würcklich am Schlage gerühret; Jdem die des Gehörs beraubet / blöde Augen / schwaches Gedächtniss haben / hilfft er durch GOtt und seine Medicin gar glücklich.

Stock- und Stahr-Blinde oder die mit allerhand Flüssen incommodirt gewesen / hat er unzehlig zum Gesicht verholffen; da runter verschiedene die Stahr-blind von Mutter-Leibe gebohren.

Die melancholisch / traurig seyn / mit schwermühtigen bösen Gedancken gequälet / oder gar unsinnig oder närrisch gewesen / seynd durch dessen höchstberühmte Wissenschafft vieler Orten gesund worden. Ingleichen

Schwind- und Lungensüchtige / die ganz ausgezähret von allen Kräfften kommen / Tag und Nacht gehustet / ausgeworffen und kurtzem Athem, Blut-Stürtzungen gehabt. Item Wassersüchtige / geschwollene Patienten / so oft incurable gehalten worden / hat er wunderbarlich vielfältig curirt / ingleichen allerhand gefährliche langwierige Fieber.

Er hat eine gar ware und in Teutschland unbekante Medicin und Wissenschafft vor Frauen so unfruchtbar sind / welche bestehet in Reinigung / Erwärmung und Stärckung / solche Cur ist viel 100. mahl approbiret worden.

Was Manual Operationes betrifft / muss sich daran kein Artzt in Teutschland rühmen / sonderlich in Stein schneiden / deren er etliche 100. geschnitten / Steine von 10—14 Loth schwer / aus Menschlicher Blasen bey Alten und Jungen mit wenig Schmertzen.

Alle Leibes-Brüche / sie mögen Nahmen haben / wie sie wollen / ob solche gleich mit zur Welt gebracht. Kinder und Männer von 60 Jahren hat er Zeit seiner experience über 2000 geschnitten / ohne die er aller Orten ohne Schnitt glücklich curiret.

Krebs an Brüsten / fressende Schäden am Munde / Fistuln oder andere offene Schäden am Leibe / curiret er theils durch Schneiden, theils auch innerlich und äusserliche Medicamenten.

Schneidet künstlich Hasenscharten / Missgewächse, Muttermähler / vertreibet Kröpffe und dicke Hälse / samt andere innerliche und äusserliche Krankheiten in Abundance.

Hat curiöse Medicin und Kunststücke; das Gesichte bis in's Alter weiss und wohl gestellt zu erhalten / ohne Runtzeln / vertreibet Finnen / Röhtigkeit / Kupfer-Hundel / auch Sommer-Sprossen und Leber-Flecken aus dem Grunde.

Setzet emailirte Augen in den Kopff, wo eines manqviret / gleich denen natürlichen ohne Schmertzen ein / dass man es drehen und wenden kan gleich deren natürlichen / ohne Schmertzen.

Er setzet Zähne in den Mund / wie gewachsen, dass man darauf kauen und essen kan, ohne einige incommodität / welche nicht zu sehen seyn gegen denen natürlichen. Vertreibet den übeln Geruch / Scharbock und Mundfäule / hat Remedia, dass kein Zahn nicht faulet oder wackeligt wird / hat auch gute Zahnpulver.

Aus des Menschen Urin erkennet er fast alle Kranckheiten / wann solcher früh nüchtern gefangen / und in sein Qvartier gesendet wird / saget es auch gleich / ob einem Patienten zu helffen ist oder nicht.

Solche Steine in gegenwärtiger Grösse von 8, 12 bis 14 Loth schwer hat dieser Medicus auf die vierdthalb hundert aus der Blasen geschnitten / auch viele ohne Schnitt curirt. Absonderlich zu Berlin / Magdeburg und der Landen / in Chur-Sachsen und Nieder-Sachsen / Hannover / allwo er 14. am Stein geschnitten / viele Blinde und andere desparate Kranckheiten curiret / weswegen er von Sr. Königl. Maj. von Engeland und Churf. Durchl. über dero Churfürstl. Lande alleine zum Land-Artzt angenommen.

Er offerirt sich allen und jeden nach Vermögen aufrichtig zu dienen / auch denen gar armen Blinden und Gebrechlichen umb GOttes Willen zu helffen / wenn sie sich gleich anfangs melden. Er rekommendiret auch anbey seinen vortrefflichen Haupt-Augen und Gedächtniss-Spiritum, welcher nicht besser in der Welt zu finden ist / das Loht vor einen halben Rthlr. Im gleichen seine approbirte Stein-Tinctur / so vor alle Stein Schmertzen / Glieder-Reissen / Scorbut nützlichen zu gebrauchen, das Loht vor 8 Gr.

Johannes Andreas Eysenbarth / auf Fichteg.
Voritzo zu Stettin in Wohnhafft zu Magdeburg im güldnen Apffel.

Balsamischer Haupt-Augen- und Gedächtniss-Spiritus.

Demnach ist die Zeit meiner 32jährigen Praxi mit diesem köstlich approbirten Spiritu an unzählich-Menschen Hohen und geringen Standes, herrlich- und wunderswürdige Proben erwiesen / sonderlich an denen so vom Schlag gerühret / die mit Schwindel / Kalten-Flüssen / Kopff-Schmertzen / Ohren-Sausen / blöden dunckeln Augen / schwachen Gedächtniss beladen gewesen / dass er auch bis dato weil von verschiedenen Landen in Abundanz vorschrieben / ja mit grossen Nutzen gebrauchet wird / und also mit Recht Balsamus-Vite, oder Lebens-Balsam, zu nennen ist; Als habe solchen aus Christlicher Liebe und Schuldigkeit / weil dadurch /nächst GOtt! viel Menschen geholffen wird / aufs beste recommandiren wollen:

1. Dienet er zur Stärckung des Gedächtnisses, welches etwa nach einer Krankheit / geschehenen Fall oder schweren Schlag des Kopffs, auch unordentlichen Lebens-Scheden gelitten / welches denn vermittelst des Anriechens und äusserlichen Anstreichen des Wirbels und Genicks ziemlich renoviret wird.

2. Dienet er denen mit dem Schwindel behafften Personen / oper die eine Schwachheit des Haupts haben / oder auch mit Kopff-Weh beladen seyn / so ferne solches von einen träg-lauffenden zähen Geblüt oder stagnirender Lympha acido viscosa causiret werden / da man die Schläffe / Wirbel und Genicke früh und Abends bestreichen und reiben kann / wenn aber der Schmertzen von einer Hitze oder orgassmo Sanguinis (auffwallenden Geblüth) herrühret / ist dessen Gebrauch / wie aller volatilium wohl zu moderiren.

3. In Blödigkeit des Gesichts / ist er eine sonderliche Conservirung und Stärckung / so man frühe Morgens mit etlichen Tropffen die Augen oben und unten äusserlichen bestreichet / dass nichts in die Augen komme / womit man dann etliche Wochen continuiren muss / wenn aber die Augen roht und hitzig seyn / darf solcher Spiritis nicht offt gebrauchet werden.

4. In Catharrhen und Schwerigkeiten des Haupts befördert solcher Spiritus deren Resolvirung / und maches das Haupt wiederum leicht. Auch ist er ein sonderbahres Praeservativ vor den Schlag-Fluss / und dienet denen vom Schlag gerührt- und lahmen Gliedern / dass sie wieder ziemliche Krafft / wenn sie äusserlich damit geschmieret werden / erlangen.

5. Zu Sausen und Klingen der Ohren kann nichts köstlicheres gefunden werden, wenn er mit halb Mandel-Oehl vermischet / und wochentlich 3. mahl 7. bis 9. Tropffen in die Ohren getröpffelt wird / da man eine viertel Stunde auf der Seite liegen bleiben / solchen hernach wiederum heraus lauffen lassen / und die Ohren mit Baum-Wolle reinigen muss.

6. Vor Mund-Fäule / Scharbock der Zähne / dieselben zu erhalten / nicht auszufallen oder hohl zu werden / kan man von diesem köstlichen Balsam in frisch Wasser etliche Tropffen giessen / und den Mund damit ausgespület / ist auch gut für den übelen Geruch.

7. In allen so wohl innerlich- als äusserlichen Ursachen / zustossenden Abkräfften / Ohnmachten / Hertzens-Aengsten / etc. ist er durch anriech- und anstreichen sehr wirksam zu Erquick- und Recolligirung der Lebens-Geister und Kräfften.

Weilen dann nun dieser Spiritus wegen seiner bey sich führenden volatisch-aromatisch und balsamischen Particularum die Viscidität-Feuchtigkeiten zertheilet / die Crassamata, obstructiones in tubulis etc. resorbiret / die Accida temperiret, sanguinem gleichsam balsamiret / und die Lebens-Geister confortiret; als kan man neben den äusserlichen Gebrauch / solchen auch innerlich in

Schmertzen des Magens / in Grimmen / in Durchlauff / und anderen Accidentien von 7. 10. à 30. Tropffen in Wein oder anderen bequemen Vehicolo einnehmen.

Tinctura contra calculum et morbum scorbuticum.

Solche Tinctur wird von mir in grosser Quantität gemacht und mit grossem Fleiss laborirt / und bestehet in folgender Krafft:

1. Ist sie eine vollkommene Reinigung des menschlichen Geblüts / erwärmet und macht subtil das verstockt- und helle Geblüt / bringet auch ex paralitische Glieder zurecht / wenn man 14 Tage lang Morgends und Abends 20. bis 30. Tropffen mit kalten Wein gebraucht / und bisweilen einen gelinden Schweiss verrichtet.

2. In allen Stein-Schmertzen / in Nieren / Lenden und Blasen thut diese Tinctur wundersame Proben, sonderlich so der Urin verstopffet ist und grosse Stringardem verursachet / oder wenn Rücken- und Hüfft-Weh empfunden wird / von Obstruction der Ureterum, oder so in membro virili Steinlein stecken bleiben / empfindet ein solcher Patient noch grössere Schmertzen / in solcher Angst nun werden alle Stunden 15. bis 20. Tropffen mit Petersilien-Wasser eingenommen / damit angehalten / bis der Schmertz gelindert werde. Wenn aber die Noth gar zu gross ist / muss man den Patienten eine Viertel oder eine Halbe Stunde in warmes Wasser setzen / solches hilfft desto eher die Steine befordern.

3. Kan auch diese köstliche Tinctur bey kleinen Kindern von 1. 2. bis 3. und mehr Jahren zur Vorsorge gebraucht werden / zumal / wenn Eltern mit dem Stein behafftet sind / deren Kindern gleichsam ein Scorbur- und Tarrarisches Geblüt eingepflantzet wird.

4. In obstructione mensium fluxu albo oder Weissen Flusses bey Frauen-Zimmer ist sie sonderlich probat, wenn Morgens und Abend 25. bis 30. Tropffen in Sagebaums-Wasser gebrauchet werden / 12. bis 14. Tage damit continuiret.

5. In Brust- und Magen-Schmertzen / Colica und Mutter-Beschwerung können 20. bis 30. Tropffen in Kümmel-Wasser oder Wein genommen und einige Tage damit angehalten werden. Das Loth von dieser Tinctura wird vor 8 Gr. verkauffet.

Es wird auch hiebey ein Balsamisches Pflaster recommandiret.

Solches dienet in allen offenen Wunden / in verbrandten oder erfrorenen Gliedern / in faulen Fistulirten Schaden / alle 24. Stunden Pflaster-weise übergelegt. Wer gefallen oder gestürtzet / auch Stiche um das Hertze / Brust oder Seiten empfindet / kan einer Hasel-Nuss gross in Warmen Bier einnehmen / und darnach im Bette schwitzen / auch äusserlichen sich bey der Wärme damit streichen: Es zertheilet auch das geronnene Geblüt / verhütet Apostemata und kan auch mit guten Succeff vor das Schwinden der Glieder gebraucht werden.

Nachdem Eisenbart 17 Tage lang in Stettin «gewirkt» hat, erscheint am 21. November d. gl. J. eine neue Annonce, in der gleichzeitig über seine jüngsten Wundercuren berichtet wird und auch seine früheren Erfolge von Neuem nachdrücklich in Erinnerung gebracht werden.

«Es dienet zur Nachricht / dass der berühmte Medicus / Herr Eisenbarth den 8. Nov. am Ross-Marckt im Mauer-Krug eine Frau / welche 3. Jahr auf beyden Augen Stock-blind gewesen / in Gegenwarth vieler Leute den Stahr operiret / dass sie auch sogleich alle Menschen und was ihr vorgehalten worden / erkennen können / und nun völlig ohne Schmertzen Curiret. Wie er dann dergleichen und andere verschiedene Operationes noch ferner wird verrichten. Es thut auch in kurzem Andencken schweben / dass er zu Stargard sowohl viele Operationes gethan / als auch allerhand krancke Leute mit grossem Ruhm wiederum curiret. Er schneidet öffters mit höchster Verwunderung grosse Steine von etliche Loth schwer aus des Menschen Blase; Curiret alle Brüche bei Alt- und Jungen Leuten; Auch den Krebs an Brüsten und Wunde; Wie er dann zu Stargard einer Dame von Berlin die eine Brust abgenommen / und selbige in 4. Wochen glücklich geheilet. Den 16. dito hat er aufm Regenberg einen Königl. Reuther welcher mit einem grossen Darmbruch behafftet / glücklich geschnitten / der GOtt Lob! wohl auf ist / und ohne Schmerzen sich befindet. Sein köstlicher Spiritus.....»

Zum Schluss wird noch besonders darauf hingewiesen, dass Dr. Eisenbart «noch geraume Zeit» in Stettin zu bleiben gedenkt. — Wie lange er seinen Aufenthalt daselbst ausgedehnt und was er für weitere Wundercuren vollbracht hat, erfahren wir leider nicht.

Die im Vorstehenden wiedergegebenen Bruchstücke aus der «Stettiner ordinären Postzeitung» werfen interessante Streiflichter auf die socialen Verhältnisse des ärztlichen Standes im Beginne des 18. Jahrhunderts. Die marktschreierische Reclame, wie sie damals Dr. Eisenbart betrieb, dürfte heutigen Tags nicht übertroffen werden, und der alte Ben-Akiba hätte auch hier einmal wieder seinen Ausspruch thun können: Es ist Alles schon dagewesen.

Referate und Bücheranzeigen.

B. S. Schultze: Vier Wandtafeln zur Diagnose und bimanuellen Reposition des retroflectirten Uterus. Verlag von W. Engelmann, Leipzig 1898.

Als Referent im Jahre 1883 nach München übersiedelte, liess er sich für sein Vorlesungszimmer den grössten Theil der in B. S. Schultze's Werk über Lageveränderungen des Uterus gegebenen Abbildungen auf die natürliche Grösse der Frau vergrössern und als Wandtafeln aufhängen, an denen er nun seit 15 Jahren die normale und pathologische Lage des Uterus demonstrirt. Wer als Lehrer täglich auf's Neue erfährt, wie schnell der junge Mediciner mit einem Urtheil fertig ist, ehe er sich das zu Beurtheilende wirklich genau angesehen hat, ehe er also zu einem Urtheil überhaupt berechtigt ist, und wie schwer er dann die einzelnen Befunde zusammen sieht, die ihn nun erst — und zwar gewöhnlich ein anderes als das erste — Urtheil fällen lassen, der muss jeden Fortschritt des Anschauungsunterrichtes, wie er auch durch diese 4 Tafeln Schultze's wieder gebracht ist, mit grosser Freude begrüssen. Die 4 Tafeln stellen das weibliche Becken dar und zwar genau in doppelter Grösse, so dass man dasselbe auf weite Entfernungen in den grössten Auditorien sehen kann — in der Lagerung, welche für die bimanuelle Palpation die günstigste ist: Rückenlage auf horizontalem Lager mit etwas vorgeschobener Kreuzgegend, so dass die Pubospinalebene kopfwärts geneigt ist, in einem Winkel von etwa 20° zum Lager. — Auf Tafel I sind die Hände noch in diagnostischer Stellung. Die per vaginam (oder per rectum) tastenden Finger der linken Hand sind eben im Begriff, möglichst weit hinten am Corpus ansetzend, dasselbe aufwärts gegen den Beckeneingang hin zu bewegen. Auf Tafel II ist es gelungen, den Uterus links am Promontorium vorbei in die Höhe des Beckeneingangs zu heben. Auf Tafel III ist die von aussen her tastende Hand hinter den Fundus und das Corpus uteri eingedrungen und auf Tafel IV legt dieselbe das Corpus uteri hinter die Symphyse in seine normale Lage.

Da die Retroflexio uteri das allerhäufigste Frauenleiden ist, die Beschreibung ihrer Correctur in die normale Lage, d. h. der besten Repositionsmethode zwar ziemlich einfach, die Ausführung der letzteren aber oft recht schwierig ist, so werden alle Gynäkologen von Fach dem Verfasser für diese wesentliche Unterstützung des Unterrichtes in derselben sehr dankbar sein. Die Tafeln sind, wie alle von Schultze gezeichneten Abbildungen, mit einer vorzüglichen Genauigkeit ausgeführt, und da die Erklärung nicht bloss in deutschem, sondern auch in französischem, englischem, italienischem und russischem Text zugefügt ist, wird die Verwendung der Tafeln bald im In- und Auslande grosse Verbreitung finden. F. v. Winckel.

H. Löhlein: Gynäkologische Tagesfragen. Heft V. J. F. Bergmann, Wiesbaden. 5 Mark.

Es war gewiss ein glücklicher Gedanke des Verfassers, die gerade schwebenden Fragen in der Form einzelner Abhandlungen auf Grund seiner eigenen Erfahrungen zu besprechen. Man wird sicherlich seinen Ausführungen beistimmen müssen, dass therapeutischen Schlussfolgerungen, die aus einem zwar kleinen, aber in der Indicationsstellung streng gesichteten und genau beobachteten Materiale entstammen, eine gewisse Bedeutung nicht abgesprochen werden kann — zumal nicht, wenn sie von einem so erfahrenen und sorgfältig abwägenden Kliniker gezogen werden!

I. Erfahrungen über vaginale Bauchschnittoperationen.

Löhlein bezeichnet sich selbst nicht als «Fanatiker» der neuen Methode; dies geht am besten auch daraus hervor, dass in 2 Jahren an der ihm unterstellten Klinik 110 ventrale Koeliotomien ausgeführt wurden, denen nur 42 vaginale gegenüberstehen. Er sieht in dieser Operation eine erfreuliche und anerkennenswerthe Bereicherung unserer Therapie, doch zieht er die Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes der von Dührssen empfohlenen Kolpotomia anterior vor. Neben den von diesem Autor betonten Vorzügen der geringeren Dauer der Reconvalescenz, der Vermeidung von Bauchhernien und von Verwachsungen der Därme mit der Bauchwunde hebt Löhlein besonders hervor: Die ge-

ringere Infectionsgefahr, den geringeren Eindruck auf den Organismus, die leichte und gründliche Entfernung freier Flüssigkeit aus dem Abdomen, die Möglichkeit, den peritonealen Eingriff mit anderen Eingriffen an den Genitalien zu verbinden. Technische Gründe lassen oft gegenüber dem vaginalen Weg den abdominalen bevorzugen, so: Enge und Starrheit der Scheide, Grösse der Tumoren, Fixationen derselben, besonders mit dem Darme, Retraction des Ligamentum infundibulopelvicum wegen der hierdurch bedingten Erschwerung, die Art. spermatica zu unterbinden. Desshalb soll bei jeder Operation auch Alles zur Laparotomie vorbereitet sein, um bei entstehenden Schwierigkeiten sofort die Operation auf diesem Wege beenden zu können.

Auf die einzelnen, zum Theile genauer geschilderten Fälle kann hier nicht eingegangen werden, nur möge hervorgehoben werden, dass unter ihnen auch eine vaginale Ovariotomie bei vorgeschrittener Gravidität sich befindet, sowie mehrere Fälle von tuberculöser Peritonitis. Entgegen v. Winckel befürwortet Löhlein den vaginalen Weg, der ihm gleich gute Resultate ergab, wie die abdominale Operation.

Während diese Abhandlung mehr den Specialarzt interessiren dürfte, ist die zweite Abhandlung

II. Die manuelle Beckenschätzung wesentlich für den Praktiker geschrieben. (S. das Referat über den auf der Frankfurter Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag, d. Wochenschr. 1896, S. 997.)

III. Wann sind Falschlagen der Gebärmutter Gegenstand der Behandlung?

Eine bewegliche Anteflexion, die für sich allein — ohne mangelhafte Entwickelung oder krankhafte Veränderung der Form und der Consistenz der Uteruswand und ihrer Umgebung, ohne wahre anatomische Enge des Canals oder krankhafte Veränderung des Endometriums — als Ursache bestimmter Beschwerden anzusprechen ist, kann nicht anerkannt werden. Noch weniger als für die localen, darf sie für die bunte Fülle hysterischer Klagen schwächlich entwickelter Mädchen und steriler Frauen verantwortlich gemacht werden. Die Intrauterinstifte zur Behandlung beweglicher Anteflexio sind desshalb wie jede andere locale Behandlung zu unterlassen, die grösste Aufmerksamkeit ist dem Allgemeinzustande zu widmen. Die Hauptbeschwerden bei fixirter Anteflexio werden durch die Veränderungen in der Umgebung des Uterus, besonders durch die Parametritis posterior bedingt. — Die Retroflexio uteri stellt an und für sich nicht ein bestimmtes Leiden, sondern eine Abweichung von der Norm dar, die recht häufig pathologische Bedeutung gewinnt, aber durchaus nicht immer. Behandlung ist angezeigt: bei Retroflexio uteri gravidi, bei Prolaps, bei reichlichen menstruellen Blutungen, bei complicirendem Prolaps oder Descensus der Ovarien mit Schmerzhaftigkeit und Schwellung derselben, bei ausgesprochener Schmerzhaftigkeit der hinteren Uteruswand. Oft sind die auf Retroflexio uteri bezogenen Klagen auf andere krankhafte Zustände zu beziehen (Enteroptose, Ulcus ventriculi u. dergl.). Entsteht eine Retroflexio im Anschluss an das Wochenbett, so ist im Allgemeinen eine Behandlung immer angezeigt, dann gibt auch die orthopädische Behandlung die besten Resultate.

Eine Behandlung — durch Pessare oder auch eine operative — soll unterbleiben oder nur ganz ausnahmsweise stattfinden: bei jungen Mädchen, in der Menopause — ausgenommen bei Pyometra — bei ausgesprochener Fixation des Uterus, wenn die entzündlichen Processe, die zur Fixation geführt haben, völlig überwunden sind. Gessner-Erlangen.

Paul Schultz: Oestreich's Compendium der Physiologie des Menschen. Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1898. Verlag von S. Karger. Preis 6 Mk.

Der Autor gibt in dem 339 Seiten umfassenden Werk mehr, als man bei der Bezeichnung desselben als Compendium voraussetzen sollte. Er beschränkt sich im Allgemeinen nicht darauf, bloss die feststehenden Thatsachen zu referiren, sondern er beschreibt auch, durch welche Untersuchungen man zu den Ergebnissen gegekommen ist. Der sonst bei den Compendien übliche Depeschenstil, der deren Lectüre so unangenehm macht, ist vermieden, und gerade dadurch erhält das Werk eher den Charakter eines kleinen Lehrbuchs, als eines Compendiums. Um es speciell für Studirende zur Vorbereitung auf's Examen geeignet zu machen, ist der Stoff entsprechend den an preussischen Universitäten vorgeschriebenen Staatsexamensfragen angeordnet.

Da der Zweck des Buches es nothwendig machte, dass der Autor sich so kurz wie möglich fasste, so hätte die Einleitung, in der allgemeine Fragen erörtert werden, fortbleiben können, zumal da sich Fragen, wie die nach dem Begriff des Lebens oder die nach der Orientirung in der Welt der Erscheinungen nicht gut mit ein paar Worten abmachen lassen, und vollends überflüssig waren Sätze wie: «das Thier hat keine abstracten Begriffe, darum keine Sprache, wohl aber Allgemeinvorstellungen und Erkenntniss der Causalität» (S. 6), Sätze, die für den Leserkreis, für den das Buch bestimmt ist, durchaus eine eingehende Begründung erheischen. Auch den anatomischen Betrachtungen wird oft ein zu grosser Platz eingeräumt. Dafür sind mehrere wichtige, besonders neuere Ergebnisse unerwähnt geblieben, von denen wenigstens ein paar hervorgehoben seien. Auch in diesem Werke sucht man im Capitel «Blut» oder sonstwo vergebens nach einem Hinweis auf die Bedeutung des osmotischen Druckes der Säfte. Bei der Erörterung der Verdauungsvorgänge wird die moderne Auffassung, die in dem Magen nicht bloss ein Verdauungsorgan, sondern auch ein Reservoir und Schutzorgan sieht, kaum berücksichtigt, die Function des Vagus als secretorischer Nerv für Magendrüsen und Pankreas nicht erwähnt; die wichtige Function der Galle, weniger Fett emulgirend als lösend auf die Fettsäuren zu wirken, wird nicht hervorgehoben. Der Abschnitt «Kleinhirn» ist kürzer, als bei dem heutigen Stand der Kenntnisse über dieses Organ berechtigt erscheint.

Von solchen kleinen Mängeln liessen sich noch verschiedene aufzählen; aber für eine Beurtheilung des Buches fallen sie gegenüber den Vorzügen desselben wenig in's Gewicht. Was das Buch leisten soll: kurz und klar die Lehren der Physiologie wiedergeben, das leistet es jedenfalls und kann darum empfohlen werden. Ein besonderer Vorzug des Buches, ein Anhang mit anatomischen und physiologischen Daten und Tabellen, sei noch zum Schluss besonders hervorgehoben. Höber-Zürich.

Die therapeutischen Leistungen für das Jahr 1897 von **Pollatschek** (Wiesbaden, Bergmann, 1898, Preis 7 Mk.) liegen in der wiederholt hervorgehobenen Uebersichtlichkeit und Reichhaltigkeit vor. Das Buch kann zur Anschaffung bestens empfohlen werden. Kr.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1898. No. 31.

Arthur Keller: **Die Verwendung des Saccharins bei der Säuglingsernährung.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.)

Aus Anlass der Meinungsverschiedenheiten, die über die Verwendung des Saccharins bei der Säuglingsernährung herrschen, hat Verfasser mehrere Versuche angestellt, welche die Prüfung der Stoffwechselvorgänge unter dem Einfluss des Saccharins zum Gegenstande haben. Auf Grund seiner Beobachtungen zieht Verfasser bei der Ernährung des Säuglings, wenn es sich nur darum handelt, die Nahrung zu versüssen, das Saccharin den gebräuchlichen Zuckerarten vor.

Auf 1 Liter Kuhmilch oder verdünnte Kuhmilch genügen 2 Saccharintabletten zur Versüssung. Das Saccharin wird erst nach dem Kochen, resp. vor dem Trinken zugesetzt, da bei Einwirkung höherer Temperaturen aus dem Saccharin Zersetzungsproducte entstehen können, die der Nahrung einen bitteren Geschmack verleihen. W. Zinn-Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie. 57. Band, 2. Heft. Berlin, Hirschwald 1898.

15) Podres-Charkow: **Gastroenterostomia et Enteroanastomosis, ein neues vereinfachtes Verfahren.**

Um die Dauer der Gastroenterostomie möglichst abzukürzen, empfiehlt Verfasser, die beiden mit einander zu vereinigenden Darmtheile durch 2 kreuzweis angelegte perforirende Nähte zu vernähen. Nach Verlauf von einigen Tagen bildet sich eine rundliche Anastomose.

16) Rasumowsky-Kasan: **Ein neues Verfahren der Blasennaht nach Sectio alta.**

Verfasser hat vor einigen Jahren ein Verfahren angegeben, das durch eine exacte Vernähung der Blasenwunde eine Befesti-

gung der Blase an die Bauchwand (Cystopexie) bezweckt. Die Methode hat sich im Allgemeinen recht gut bewährt, nur kommt es wegen der zurückgelassenen Fäden manchmal zu Concrementbildungen in der Blase und zu lange bestehenden Fisteln. Desswegen hat R. das Verfahren in der Weise abgeändert, dass er nachträglich alle Fäden entfernen kann. Die Naht wird in Form einer doppelten Matratzennaht mit Silberdraht angelegt; die Einzelheiten müssen in der Arbeit selbst nachgelesen werden.

Verfasser gibt selbst an, dass die Technik nicht leicht sei. —

Die übrigen Arbeiten dieses Heftes sind bereits in dem Berichte über den diesjährigen Chirurgencongress besprochen worden.

9) Mikulicz-Breslau: **Ueber die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen.**

10) Landerer-Stuttgart: **Die Ursache des Misslingens der Asepsis.**

11) Friedrich-Leipzig: **Die aseptische Versorgung frischer Wunden, unter Mittheilung von Thierversuchen über die Auskeimungszeit von Infectionserregern in frischen Wunden.**

12) Noetzel-Königsberg: **Ueber peritoneale Resorption und Infection.**

13) Schloffer-Prag: **Ueber Wundsecret und Bacterien bei der Heilung per primam.**

14) Hackenbruch-Wiesbaden: **Locale Analgesie bei Operationen.**

16) Braun-Leipzig: **Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Infiltrationsanaesthesie.**

17) Gottstein-Breslau: **Erfahrungen über locale Anaesthesie in der Breslauer chirurgischen Klinik.**

18) Hildebrand-Berlin: **Neue Experimente zur Erzeugung von Pankreatitis haemorrhagica und von Fettnekrosen.**

20) Krönlein-Zürich: **Ueber die bisherigen Erfahrungen bei der Radicaloperation des Magencarcinoms an der Züricher Klinik.**

21) Schuchardt-Stettin: **Ueber Regeneration des Magens nach totaler Resection.**

22) Steudel: **Die neueren Magenoperationen in der Czerny'schen Klinik und die bisherigen Dauererfolge.**

23) Doyen-Paris: **Eine neue Methode der Pylorus- und Darmresection.**

24) Storp-Königsberg: **Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes.**

25) Wölfler-Prag: **Einiges über die Anwendung der Darmknöpfe.**

Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 32.

F. de Quervain: **Dünndarminvagination durch Einstülpung eines Meckel'schen Divertikels.**

Mittheilung eines Falles bei 16jähr. Jungen mit raschem Auftreten von Gangraen; schon nach 2×24 Stunden bestanden sehr schwere Erscheinungen und liess sich bei der Operation schon Darmlähmung und Peritonitis constatiren, so dass nach Resection der betr. Stelle die beiden Darmenden in die Wunde eingenäht wurden, um rasche und gründliche Entleerung des Darmes zu ermöglichen. Der Exitus erfolgte noch am Operationstage. — Beim Aufschneiden des resecirten Stückes zeigte sich, dass aus dem Invaginatum ein ca. 5 cm langes polypenartiges Gebilde herausschaute, das sich bei der Desinvagination zurückstülpen liess und als Meckel'sches Divertikel ergab.

Q. betont, wie unzuverlässig der Abgang von blutig gefärbtem Stuhl als diagnostisches Zeichen bei Invagination ist, da es in dem betr. Fall fehlte, in einem Fall von Einklemmung eines Dünndarmconvoluts im kleinen Becken bei Perityphlitis dagegen beobachtet wurde.

Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. XXXIX. Bd. 2. Heft. Stuttgart, F. Enke 1898.

1) F. Marchand-Marburg: **Ueber das maligne Chorionepitheliom, nebst Mittheilung von 2 neuen Fällen.**

In der vorliegenden, monographisch angelegten Arbeit versucht M. die bisher noch divergirenden Ansichten über Natur und Herkunft des malignen Deciduoms zu vermitteln. M. hielt bekanntlich die Deciduome für epithelial und zusammengesetzt aus dem Syncytium der Chorionzotten und Elementen der Langhans'schen Zellschicht. Das Syncytium sollte mütterlichen, uterinen Ursprungs sein, die Zellschicht dagegen foetales Ektoderm. Die Mehrzahl der neueren Autoren hält auch das Syncytium für foetaler Herkunft. M. gibt zu, dass eine Reihe gewichtiger Thatsachen für diese Ansicht sprechen. Er gibt zunächst einen ausführlichen Bericht über alle einschlägigen Arbeiten seit 1895, bespricht dann die neueren Arbeiten über die Histologie der Blasenmole und beschreibt 2 neue eigene Fälle von malignem Chorionepitheliom.

Im 1. Falle gebar eine 42jährige Frau eine Blasenmole. 3 Wochen später traten Blutungen ein, die sich wiederholten und schliesslich zur Totalexstirpation des Uterus führten. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um die Anfänge einer malignen Neubildung handelte, welche sich an das Eindringen einiger Zotten in eine Vene der Placentarstelle angeschlossen hatte. Die Entwickelung der Neubildung ging vom epithelialen Ueberzug der Chorionzotten aus.

Der 2. Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, die im 4. Monat eine Traubenmole gebar. Erst 6 Monate später traten andauernde Blutungen ein. Die Untersuchung und das Curettement ergaben eine vorgeschrittene maligne Neubildung, die nicht mehr operabel war. Tod 2 Monate später. Ausser der primären Geschwulst fanden sich Knoten in der Vagina, in den Retroperitonealdrüsen und in der Lunge. Es handelte sich ebenfalls um einen Tumor des Chorionepithels, der aber ganz atypisch gewuchert war.

M. unterscheidet jetzt 2 Hauptformen des malignen Chorionepithelioms, eine typische und eine atypische. Bei der ersten kehrt der Charakter des Chorionepithels unverändert so wieder, wie er sich in der ersten Periode der Schwangerschaft darstellt, bei der 2. Form tritt das Epithel nur in Gestalt isolirter Zellen auf. Uebergänge zwischen beiden Formen können vorkommen. Bei den atypischen Formen kann das histologische Bild Aehnlichkeiten mit sarkomatösen oder carcinomatösen Geschwülsten bieten, bei den typischen Formen dagegen nicht. Für diese kennt M. nur ein Analogon, und das ist das Chorionepithel in frühen Stadien. M. hält desshalb auch die Bezeichnung «maligne Geschwulst des Chorionepithels» oder «Chorio-Epithelioma malignum s. destruens» für den einzig zutreffenden Namen dieser Geschwulstart.

2) Eugen Peiser: **Anatomische und klinische Untersuchungen über den Lymphapparat des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri.**

Während bei der Entfernung der meisten Carcinome die zugehörigen Lymphbahnen und Lymphdrüsen mitexstirpirt werden, geschieht dies beim Uteruscarcinom in der Regel nicht. P. untersucht in der vorliegenden Preisarbeit, ob das Uteruscarcinom sich in analoger Weise ausbreitet, wie die übrigen Carcinome, und ob bei der Operation entsprechend verfahren werden muss und kann? Die erste Frage wird auf Grund von Literaturstudien und eigenen Untersuchungen unbedingt bejaht. In mehr als 50 Proc. der Fälle von Carcinoma colli uteri werden die zugehörigen Beckendrüsen afficirt. Es geschieht dies oft schon früh, zu einer Zeit, wo der Krebs noch für operabel gilt, d. h. die Ligg. lata «frei» sind. Man soll also in jedem Falle die zugehörigen Lymphbahnen mit den regionären Drüsen entfernen. Um zu entscheiden, welche Lymphdrüsen zum Collum uteri gehören, hat P. Injectionsversuche angestellt. Aus denselben ergab sich, dass sowohl die Glandulae hypogastricae als sacrales lat. die erste Drüsenstation des Collum bilden. Diese Drüsen lassen sich jedoch durch keine vaginale Methode entfernen, so dass man nach P. wieder zur Laparotomie bei der Totalexstirpation zurückkehren muss. P. hat hierzu ein eigenes Operationsverfahren sich zurechtgelegt, das er an 3 Leichen ausprobirt und leicht ausführbar gefunden hat. Erfahrungen an der Lebenden stehen noch aus.

3) Otto v. Franqué-Würzburg: **Beschreibung einiger seltener Eierstockspräparate.**

Es handelte sich um folgende Präparate:

a) Ein wahres Zwillingsei bei einer Erwachsenen, gefunden bei einer 35jährigen Frau, der wegen Kystome beide Ovarien entfernt worden waren.

b) Intrauterine kleincystische Degeneration des Ovarium bei einem Neugeborenen.

c) Beginnende Epithelsprossung der Follikel in einem Ovarium, die v. F. als beginnende Kystombildung auffasst; das 2. Ovarium war bereits in ein grosses, multiloculäres Kystom umgewandelt.

d) Ein dreieiiger Graaf'scher Follikel bei der Erwachsenen mit Hyperplasie des ganzen Ovarium, gefunden in demselben Eierstock von Fall c.

Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 32.

1) H. W. Freund: **Zur Beziehung zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtsorganen.**

F. weist die ihm kürzlich von de Voogt zugeschriebene Ansicht (ref. in diesem Bl. 1898, S. 934) zurück, dass eine Eierstocksgeschwulst eine Struma hervorrufen könne. F. verweist auf seine 1891 erschienene Arbeit in der Deutsch. Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXXI, p. 446, woselbst er diesen Zusammenhang nur für Erkrankungen des Uterusmuskels, speciell bei Myomen, behauptet und festgestellt hat.

2) A. Dührssen-Berlin: **Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen des schwangeren Uterus mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Retroflexio uteri gravidi partialis.**

D. bespricht in diesem interessanten Vortrag die Aetiologie und den klinischen Verlauf der Retroflexio uteri gravidi und der verschiedenen Aussackungen des schwangeren Uterus. Der Vortrag ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet; wir müsen uns auf die Wiedergabe einiger wesentlicher Punkte beschränken. Bei den Retroflexionen ist für die Diagnose vor Allem der Katheterismus wichtig; zur Unterscheidung von der Tubarschwangerschaft hält D. auch eine zarte Sondirung für berechtigt. Als Todesursache kommt in 99 Proc. der Fälle die Urinretention in Betracht. Für die Behandlung ist die Entleerung der Blase erste Aufgabe, mittels des Katheters oder der Blasenpunction, hierauf kommt die

Reposition in Betracht. Bei Zeichen beginnender Blasengangraen ist sofortige Entleerung des Uterus durch den Blasenstich indicirt. Tritt trotzdem Urininfiltration ein, so empfiehlt sich die vaginale Eröffnung der Blase.

Die Aussackungen der hinteren Wand des Uterus oder Retroflexio uteri gravidi spuria kommen aus folgenden Ursachen vor: durch Uterus bicornis, Tumoren, den vorliegenden Kindstheil, perimetritische Verwachsungen, mangelhafte Entfaltung der vorderen und complementäre Entfaltung der hinteren Corpuswand nach Vagino- und Ventrofixation.

3) Heinrich Kreutzmann-San Franzisco: **Fall von Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste.**

Kurze Beschreibung einer Laparotomie wegen multiloculärer Ovarialcyste und eines Uterus mit multiplen Fibromen bei einer 36jährigen Nullipara. Die linksseitige Cyste hatte den Uterus um seine Achse gedreht und war in der rechten Seite des Abdomens gelagert. Jaffé-Hamburg.

Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie. Bd. XXIII, Heft 3.

S. Bettmann: **Ueber den Einfluss des Arseniks auf das Blut und das Knochenmark von Kaninchen.** (Aus dem path.-anat. Institut der Universität Heidelberg.)

Ergebnisse: Im Verlaufe der subacuten Arsenvergiftung sinkt die Zahl der rothen Blutkörperchen, der eosinophilen Zellen und der Haemoglobingehalt, steigt aber die Zahl der Lymphocyten, so dass eine wesentliche Aenderung der Gesammtleukocytenmenge nicht eintritt. Die Leukocyten, speciell die grossen rundkernigen Formen, zeigen als Zeichen ihrer Resistenzminderung Degenerationsformen. Ebenso die rothen Blutkörperchen, deren Isotonie für Salzlösungen erhöht ist. «Im Anschluss an die jeweilige Arseninjection steigt vorübergehend die Zahl der rothen Blutkörperchen, eine Erscheinung, die am besten auf den Neueintritt von Erythrocyten in die Circulation bezogen wird, der Haemoglobingehalt wächst, die relative Zahl der eosinophilen Zellen wird grösser, die mittlere Resistenz der Blutkörperchen dagegen sinkt, während einzelne Blutkörperchen von abnorm grosser Resistenz auftreten» Erst, wenn das Gift die blutbereitenden Organe entsprechend geschädigt hat, kommt es zu keiner zeitweiligen Steigerung der Blutkörperchen mehr. Die nachgewiesene Resistenzminderung der rothen Blutkörperchen erklärt auch das Zustandekommen der durch ein eisenhaltiges Pigment bedingten Arsenmelanose. — Die Untersuchung des Knochenmarkes zeigte bei kleinen Arsendosen eine rasche Häufung der kernhaltigen, rothen Blutkörperchen, besonders des Innenmarkes, und ihre Umwandlungsformen zu Erythrocyten; zugleich proliferiren die Knochenmarkszellen; regressive Veränderungen derselben gehen nebenbei, wobei besonders die Zellen mit groben, eosinophilen Granulationen zu leiden scheinen. Bei Verwendung grösserer Mengen des Giftes herrschen die Degenerationsvorgänge vor und erfolgt die Lymphoidisirung zum mindesten langsamer. Blutbefund und Knochenmarkbefund deuten also gemeinsam darauf hin, dass Arsen in kleinen Mengen zunächst eine Mehrproduction von Erythrocyten anregt. Das gesteigerte Auftreten der Leukocyten im Ohrvenenblut konnte nicht auf eine gesteigerte Ausfuhr dieser Elemente aus dem Knochenmarke zurückgeführt werden. Verfasser spricht sich gegen die Annahme aus, dass die von ihm bewiesene Arsenanaemie auf gleiche Stufe mit anderen Anaemien und die Knochenmarksveränderungen als secundäre Lymphoidmarkbildungen aufzufassen seien.

Fr. Müller: **Die morphologischen Veränderungen der Blutkörperchen und des Fibrins bei der vitalen extravasculären Gerinnung.** (Aus dem path.-anat. Institut zu Heidelberg.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Bei den Kaninchen verläuft die innerhalb und ausserhalb des lebenden Organismus vor sich gehende Blutgerinnung nach dem gleichen Typus.

2. Die rothen Blutkörper besitzen verschiedene Widerstandsfähigkeit und zeigen verschiedenartige Zerfallserscheinungen.

3. Bei der Entstehung des Faserstoffes sind die Erythrocyten wesentlich betheiligt.

4. Die Blutplättchen entstammen zum grössten Theil den rothen, zum kleinen Theil den weissen Blutkörpern. Sie entstehen aus den ersten auf verschiedene Art: durch Abschnürung oder Fragmentirung oder Ausscheidung.

5. Die sogenannten Körnerkugeln Lemmer's sind in Zerfall begriffene Erythrocyten.

6. Ein Beweis für den ausschliesslich leukocytären Ursprung der Blutgerinnung lässt sich aus den bekannten morphologischen Thatsachen nicht herleiten.

7. Das bei der Blutgerinnung entstehende Fibrin zeigte der Weigert'schen Fibrinfärbemethode gegenüber ein sehr verschiedenes Verhalten.

Barbacci: **Ueber die secundären Degenerationen, welche auf die Längsdurchschneidung des Rückenmarkes folgen.** (Aus dem path.-anat. Institut der Universität Siena.)

Die Arbeit enthält interessante Aufschlüsse über den Faserverlauf im Rückenmark der Katze und bestätigt vielfach die Angaben Anderer. Zum Referat ist sie jedoch nicht geeignet. Es sei daher auf das Original selbst verwiesen, dessen Inhalt der Verfasser in «Schlussfolgerungen» selbst übersichtlich zusammenstellt.

Vuilleumier: **Etude sur la pigmentation de la peau dans quelques cas de mélanosarcomes.** (Travail de l'institut pathologique de Lausanne.)

Bei 3 Melanosarkomen wurde theils in der Epidermis, theils im Corium Pigmentanhäufung gefunden, welche offenbar nicht direct abhängig von den Tumoren war. Verfasser hält die Möglichkeit gegeben, dass dieses Pigment aus den Tumoren stammt. Durch Experimente (Einheilung von gehärteten Melanomstückchen unter die Bauchhaut) konnte er nachweisen, dass nur, wenn gleichzeitig starker Reiz vorhanden ist (Jodpinselung), Pigment aus diesen Stückchen in's Corium und sogar bis unter das Epithel wanderte. Da aber entgegen den Befunden beim Melanosarkom das Epithel selbst dabei nie das Pigment aufnahm, trägt er Bedenken, die Pigmentirungen der Haut bei Melanosarkomen in derselben Weise zu erklären, wobei z. B. die Reizung durch Kleidungsgegenstand den experimentellen Jodreiz ersetzen würde. Er lässt die Möglichkeit zu, dass das Pigment aus den Tumoren durch Pigmentzellen des Tumors und durch den Transport von Zelltrümmern auf dem Lymphwege erfolgen könne und schliesst sich der Ehrmann'schen Hypothese von der Unabhängigkeit der Pigmentzellen an, welche ganz nach Belieben Wanderungen vornehmen können.

v. Notthafft-Bonn.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 41. Band. 2. und 3. Heft.

6) J. Pohl: **Ueber Synthesenhemmung durch Diamine.**

P. prüfte den Einfluss von Diamingaben auf die im Thierkörper stattfindenden Paarungen der Benzoesäure, des Phenols, Chloralhydrats, Amylalkohols und Euxanthons und fand, dass nur die Phenolschwefelsäuresynthese unbeeinflusst blieb, während die anderen Paarungen mehr weniger gehemmt wurden. Chinin, das in der künstlich durchbluteten Niere die Hippursäuresynthese hindert, liess im lebenden Körper selbst in toxischen Dosen die Synthese der Hippur-, Urochloral- und Phenolschwefelsäure fast intact

7) E. Mebert: **Ueber das Dijodacetylen.**

Das Dijodacetylen (C_2J_2) wirkt in Gaben von 0,2—0,3 g auf Kaninchen tödtlich und erzeugt bei subcutaner Injection Oedem und Abscesse. Ein Theil zersetzt sich im Körper unter Abspaltung von J, ein anderer tritt unzersetzt im Harn aus. C_2J_2 wirkt stark fäulnisswidrig.

8) Swirski: **Zur Frage über die Retention des festen Mageninhalts beim hungernden Kaninchen.**

Bei Kaninchen, die dem Hungertod erlegen sind, findet man nach Angabe vieler Autoren fast immer noch feste Bestandtheile im Magen. Sw. konnte den Nachweis erbringen, dass der betreffende Mageninhalt aus gefressenem Koth besteht, denn legt man den Thieren Maulkörbe an, so bleibt der Magen leer.

9) Spiro: **Ueber Diurese. Ein Beitrag zur Pharmakologie colloider Substanzen.**

Die krystalloiden Substanzen üben bei Infusion in die Blutbahn einen anregenden Einfluss auf Harn- und Lymphsecretion aus, den wir als molecular-chemischen auffassen und als Salzwirkung bezeichnen. Ueber die entsprechende Wirkung colloider Substanzen ist noch wenig bekannt. Desshalb untersuchte Sp. den Einfluss von Gelatine- und Gummiinfusionen. Bei Hungerthieren wird die Harnsecretion nicht beeinflusst, wohl aber der Lymphfluss herabgesetzt. Bei gut genährten Kaninchen wirken die Injectionen deutlich harntreibend. Dabei nimmt der H_2O-Gehalt des Blutes durch Flüssigkeitszufluss aus den Geweben zu und der Blutdruck steigt bedeutend. Die gesteigerte Reflexerregbarkeit bei der Salzvergiftung fehlt bei den Colloidthieren ganz. Sp. leitet die Erscheinungen hauptsächlich von einer «Eindickung» (besser wohl «erhöhte Viscosität») des Blutes ab.

10) J. Bock: **Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolirte Säugethierherz.**

Durch einen sinnreichen Apparat gelang es B., das Blut des Kaninchenherzens durch Aorta, eine Carotis, eine Jugularis zum rechten Herzen zu leiten und dabei durch Einschiebung eines constanten Widerstandes den Venendruck auf normaler Tiefe zu erhalten. Ein so präparirtes Herz arbeitet längere Zeit regelmässig fort und wird auffälliger Weise vom Centralnervensystem ganz unabhängig, so dass Abschneiden des Kopfes und Zerstören des Rückenmarks keinen Einfluss auf seine Thätigkeit ausüben. B. setzte das Herz der Einwirkung einer Reihe von narkotischen Verbindungen der Fettreihe aus und fand, dass die haloidfreien Verbindungen (Aether, Alkohol, Pental) einen geringen, dagegen die Haloidverbindungen (Chloroform, Chloral, Aethylbromid, Methyljodid) einen bedeutenden Einfluss (starkes Sinken des Blutdrucks) ausübten. Amylnitrit blieb ohne Wirkung. Helleboreïn wirkte bei ermattetem Herzen blutdrucksteigernd. Druckänderungen können bei dieser Versuchsanordnung natürlich nur durch Aenderungen der Herzaction verursacht sein.

11) C. Binz und C. Laar: **Die Oxydation der arsenigen Säure im Organismus.**

Die noch offene Frage, in welcher Form die dem Menschen zu Heilzwecken häufig verabreichte arsenige Säure im Harn ausgeschieden wird, wurde von den Verfassern neu aufgenommen und

dahin entschieden, dass die arsenige Säure zum grossen Theil als Arsensäure und nur in äusserst kleiner Menge als arsenige Säure im Urin wieder erscheint. Mit diesem Ergebniss steht eine frühere Beobachtung der Verfasser, dass Blut und Leberbrei stark reducirend auf Arsensäure wirken, nur scheinbar in Widerspruch. Die Oxydation zu Arsensäure tritt im Harn ein, der kleine Mengen arseniger Säure vollkommen in Arsensäure überzuführen vermag.

12) Krehl und Kratzsch: **Untersuchungen über die Orte der erhöhten Wärmeproduction im Fieber.**

Durch thermoelektrische Untersuchungen bei Kaninchen konnten die Verfasser feststellen, dass die Temperatur der Leber sowohl im normalen Zustande als nach Erzeugung künstlichen Fiebers höher ist als die Bluttemperatur in der Aortenwurzel. Da ein thermischer Einfluss des Nervensystems für die Leber höchst unwahrscheinlich ist, so ziehen die Verfasser aus den Befunden, die eine Bestätigung älterer Untersuchungen liefern, den Schluss, dass die Lebersubstanz sich direct an der erhöhten Wärmeproduction des fiebernden Organismus zusammen mit Muskeln, Milz und Nieren betheiligt.

13) W. Lindemann: **Zur Toxikologie der organischen Phosphorverbindungen.**

Es besteht die Möglichkeit, dass bei der Phosphorvergiftung organische P-Verbindungen eine Rolle spielen; desshalb studirte L. eingehend die Wirkung des Tetraaethylphosphoniumjodids $(C_2H_5)_4PJ$. Diese Substanz hat ausgesprochene Giftigkeit, doch ist die Art der Wirkung von der des Phosphors sehr verschieden. Da auch die anorganischen P-Verbindungen anders wirken als P., so sieht sich L. zu dem Schluss gezwungen, dass die charakteristische Stoffwechselgiftwirkung wahrscheinlich dem weissen P selbst eigen ist und bei den nächststehenden Verbindungen verloren geht.

14) E. S. Faust: **Zur Kenntniss des Pferdeblutserumalbumins und dessen primärer Verdauungsproducte.**

Nachdem es durch die Arbeiten Hofmeister's und Gürber's gelungen war, Serumalbumin durch Krystallisation rein darzustellen, bot sich die Möglichkeit, durch das Studium der peptischen Spaltungsproducte seine Zusammensetzung aufzuklären. F. zersetzte Serumalbumin durch Pepsin-HCl und konnte 2 Albumosen gewinnen, die analysirt und deren Formel berechnet wurde. Die Einzelheiten mögen im Original nachgelesen und nur hervorgehoben werden, dass bei der Behandlung des Serumalbumins mit Magensaft augenscheinlich eine N-reiche neutrale Verbindung abgespalten wird.

J. Müller-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 33.

1) A. Eulenburg-Berlin: **Zur Pathologie und Therapie der Neuralgien.**

Verf. analysirt die verschiedenen zu den Neuralgien gerechneten Affectionen mit Rücksicht auf den eigentlichen Begriff der Neuralgie. Die Hemicranie ist ihrem klinischen Verlaufe nach gänzlich von den Neuralgien zu trennen; auch der sog. Intercostalneuralgie liegen eine Anzahl ganz verschiedenartiger Processe zu Grunde; bei manchen Formen der Ischias handelt es sich um eine per contiguitatem, von der Lendenmusculatur oder von dem primär ergriffenen Nerven aus fortgepflanzte Form acuter oder subacuter, localisirter Perineuritis des Ischiadicus. E. macht bei Ischias tiefe Injectionen mit 2 proc. Carbollösung, wodurch häufig der ganze Process cupirt wird. Bei den eigentlichen Neuralgien bestehen wohl charakterisirte Schmerzanfälle mit nachfolgenden Schmerzpausen, ferner Schmerzpunkte; bei den «excentrischen Neuralgien» (Benedikt), d. h. Erkrankungen der Wurzeln und Wurzelfasern, erscheinen die Schmerzen in kurzen Anfällen, Stössen, z. B. als lancinirende Schmerzen; bei den topischen peripherischen Algien ist der Schmerz meist continuirlich, so dass eigentliche Paroxysmen fehlen. E. betrachtet die «Neuralgie» nicht als eine bestimmte Form peripherer Nervenerkrankung, sondern als abhängig von eigenartigen Zuständen der Nervenzellen, die sich im Anschlusse an verschiedenartige Primäraffectionen im Bereiche des peripherischen sensiblen Neurons ausbilden.

2) R. Benjamin-Berlin: **Ueber den Stoffwechsel bei Oesophagusstenose nach Laugenvergiftung.**

Die Vergiftungen mit Laugen führen häufiger zu Stenosen als jene mit Säuren. In dem beschriebenen Falle konnte die Entstehung der Strictur von der Aufnahme der Lauge an verfolgt werden. Sie stellte sich etwa 1 Monat nach letzterer ein. Eine nach Einleitung der Bougirung unternommene Stoffwechseluntersuchung ergab, dass nach dieser Therapie hinreichende Nahrung zugeführt werden konnte und dass diese im Gegensatz zu den Stenosen bei malignen Neoplasmen gut ausgenützt wurde. Die Resorptionsfähigkeit des Darmes leidet also bei dieser Form der Stenose nicht.

3) M. Pickardt-Berlin: **Die Beeinflussung des Stoffwechsels bei Morb. Addisonii durch Nebennierensubstanz.**

Der 34jährige Kranke zeigte an Gesicht und Hals eine Reihe inselförmiger kaffee- bis schwarzbrauner Pigmentirungen, ebenso an den Oberschenkeln, Kniekehlen, Abdomen, äusseren Genitalien. Sonst bestand allgemeine Muskelschwäche, dyspeptische Beschwerden, Schmerzen in den Hypochondrien. Die Diagnose wurde nicht durch Autopsie sichergestellt. Patient wurde eine Zeit lang mit Suprarenaltabletten behandelt. Dabei zeigte sich eine N-Unterbilanz und Abnahme des Körpergewichts, sonst war diese Therapie ohne Einfluss auf die Erkrankung.

4) E. Grawitz-Charlottenburg: **Ueber Begriffsbestimmung, Ursachen und Behandlung der progressiven perniciösen Anaemie.**

Betreffs der ausführlichen Darlegungen über die Pathologie und Genese der Erkrankung muss Ref. auf das Original verweisen. Therapeutisch ist beim Fehlen eines Specificums das Hauptgewicht auf die Diätetik zu verlegen. Zunächst ist Bettruhe meist das erste Erforderniss. Die oft vorhandene Appetitlosigkeit ist durch Beseitigung der meist bestehenden Koprostase zu bekämpfen. Ist viel Indican im Harne, dann sind Darmantiseptica, wie Kalomel, Salol, Menthol indicirt. Bei Störungen der Magensecretion sind Stomachica aller Art, ferner gemischte Nahrung zu reichen. Behandlung in gut eingerichteten Heilanstalten ist oft unerlässlich. Eisentherapie hält Gr. in der ersten Behandlungszeit für direct contraindicirt; Arsen in vorsichtig steigenden Tagesdosen, sowie Chinin sind weit zweckmässiger. Bluttransfusionen pflegen nur vorübergehend zu wirken. Die Erfolge der Therapie sind, wie auch mehrere mitgetheilte Fälle beweisen, in den früheren Stadien der Erkrankung nicht ungünstig. Es handelt sich vor Allem um frühzeitige Erkennung derselben.

5) D. Finkler-Bonn: **Verwendung des Tropon zur Krankenernährung.**

Verf. ist auf Grund langer und reichlicher Versuche in der Lage, dieses neue Eiweisspräparat auf das Eindringlichste zu empfehlen. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das umfangreiche, in No. 30 der Berl. klin. Wochenschr. beginnende Original verwiesen werden. Das Tropon enthält fast reines Eiweiss, ist gut bekömmlich, wird sehr gut resorbirt und kann Monate, ja Jahre lang in verschiedenen Darreichungsweisen genommen werden.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift No. 32.

1) O. Lubarsch-Rostock: **Neueres zur Entzündungslehre.**

Nach einem im Rostocker Aerzteverein gehaltenen Vortrage. Fortsetzung folgt.

2) J. Hirschberg: **Bemerkungen über reinliche Wundbehandlung.**

Aseptisches Operiren ist eine unerlässliche Bedingung für den Erfolg des Starschnitts. Diese Operation ist also ebenso ein Prüfstein der verschiedenen Methoden der Antiseptik wie die Laparotomie. Die von H. in dieser Beziehung gemachten Erfahrungen sprechen dafür, dass eine in vernünftigen Grenzen sich haltende Desinfection des Operationsraumes und insbesondere des Kranken, in zweiter Linie der Operirenden und des verwendeten Materials alle Garantien bietet und warnt H. vor allen Uebertreibungen, wie Anwendung von Mundbinden, Handschuhen u. s. w.

3) Schreiber und Waldvogel: **Ueber eine neue Albumosemilch.** (Aus der med. Universitätsklinik in Göttingen.)

Durch Zusatz von Albumose wird das Casein in Emulsion gehalten und fällt nur in feinen Flocken aus; dadurch wird die Aufnahmsfähigkeit des Caseins bedeutend gesteigert. Auf dieser Thatsache fussend, haben die Verfasser eine Kindermilch in der Weise hergestellt, dass sie die abgerahmte gewöhnliche Kuhmilch zunächst mit Wasser verdünnt, dann zur Vermehrung des Zucker- und Fettgehaltes Rahm und Milchzucker und endlich Caseose (Caseinalbumose) zugesetzt haben, in drei nach dem Alter der Kinder verschiedenen Mischungsverhältnissen. Die bisher allerdings nur in geringem Maassstabe angestellten Versuche bestätigen die leichte Verdaulichkeit dieser Albumosemilch, die sich ausserdem von den übrigen Kindernährungspräparaten sehr vortheilhaft durch ihre einfache Herstellungsweise und nicht zum mindesten auch ihre Billigkeit auszeichnet.

4) Brentano: **Zur chirurgischen Behandlung der Pericarditis.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Als das empfehlenswertheste Verfahren empfiehlt sich die Eröffnung des Pericards durch Rippenresection, da man, abgesehen von den Gefahren des Einstichs, an und für sich durch einmalige Punction fast nie eine vollständige Entleerung des Exsudates erzielt. Auch die Incision ohne praeliminare Rippenresection ist viel gefährlicher und weniger erfolgreich. Die Pericardiotomie verspricht nur dann Erfolg, wenn es sich um acute Fälle handelt. Im Ganzen wurden 5 Fälle operirt, 2 Fälle eitriger Pericarditis verliefen letal, 2 weitere Fälle serofibrinöser Pericarditis von längerer Dauer brachten nur vorübergehende Besserung, ein 5. Fall bei einem 10jährigen Mädchen (nach rheumatischer Endocarditis) wird als geheilt demonstrirt.

5) Wolf Becher und R. Lennhoff: **Körperform und Lage der Nieren.** (Aus der Poliklinik für innere Krankheiten von Prof. Litten in Berlin.)

Vergleichende Untersuchungen an dem poliklinischen Material und 24 z. Z. in Berlin anwesenden Samoanerinnen führten zu dem Resultate, dass das Vorkommen palpabler, respiratorisch verschieblicher Nieren an sich vom Schnüren unabhängig ist. Ob unter physiologischen Verhältnissen eine Niere der Palpation zugänglich ist oder nicht, ist von der Körperform des Individuums, in ihrer Gesammtheit betrachtet, abhängig. Die Autoren haben hiefür

ein gewisses Verhältniss festgestellt, das sich in einer mathematischen Formel ausdrücken lässt.

6) Leonhard Voigt-Hamburg: **Impfschutz und Variolavaccine.**

Nach einem im ärztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vortrag. Referat siehe diese Wochenschr. No. 14, pag. 434.

No. 33.

1) L. Heusner-Barmen: **Ueber Aetiologie und Behandlung des angeborenen Klumpfusses.**

Die Entstehung des congenitalen Klumpfusses wird in die 6. bis 7. Embryonalwoche verlegt und dadurch erklärt, dass bei nach hinten gerichtetem Verlauf der Nabelschnur und gleichzeitiger Verdickung derselben durch eingedrungene Darmschlingen in Form eines in dieser Periode des foetalen Lebens sehr oft beobachteten physiologischen Nabelbruches, eine starke Auseinanderdrängung der Füsse und Einklemmung derselben zwischen Nabelschnur und dem enganliegenden Amnion stattfindet. Das von H. angegebene Heilverfahren besteht in gewaltsamem Redressement in Narkose, eventuell mit Durchschneidung der Achillessehne, Anlegung eines Gipsverbandes für einige Wochen. Für die unumgänglich nothwendige Weiterbehandlung wird dann die Anwendung einer nur Nachts bezw. in Bettruhe anzulegenden, ebenso geistreich erdachten als anscheinend praktisch wirksamen elastisch federnden Serpentinschiene empfohlen, welche an den Schuhen je nach dem Falle in verschiedenen Modificationen angebracht wird. Der Vortrag wurde in der am 25. Juni in Düsseldorf tagenden Versammlung niederrheinisch-westphälischer Chirurgen gehalten und durch Demonstrationen erläutert.

2) Heiligenthal: **Embolie der Aorta abdominalis.** (Aus der inneren Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin.)

Ein weiterer Beitrag zu der bisher nur 29 Fälle umfassenden Casuistik der Embolie der Bauchaorta.

3) Fritz Schanz-Dresden: **Ueber die Pathogenität der Loeffler'schen Diphtheriebacillen.**

Kritische Bemerkungen über die Berechtigung der zur Zeit von den meisten Forschern angenommenen dualistischen Theorie der Pathogenität des Loeffler'schen Bacillus.

4) O. Lubarsch-Rostock: **Neueres zur Entzündungslehre.** (Fortsetzung aus No. 32).

5) J. Petruschky und G. Hinz: **Ueber Desinfection von Kleidungsstücken mittels strömenden Formaldehyds.** (Aus der bacteriologischen Anstalt der Stadt Danzig).

Die in Form einer vorläufigen Mittheilung gegebenen Untersuchungsresultate scheinen zu beweisen, dass durch die Anwendung des Formaldehyds mittels des Trillat'schen Apparates, der das Formalingas mit einem Druck von 3 Athmosphären ausströmen lässt, die bisher der Formaldehyddesinfection anhaftenden Mängel, insbesondere die geringe Tiefenwirkung derselben, aufgehoben werden.

6) Biberfeld-Berlin: **Concessionsfähige Privatkrankenanstalten.**

Eine kritische Betrachtung von einem Juristen.

7) A. Edel-Berlin: **Aerztliche Schulaufsicht in Amerika.**

Entnommen dem Philadelphia Medical Journal vom 18. Juni 1898. F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 32.

1) K. Grundfest-Wien: **Zur Abortivbehandlung der Bubonen.**

G. gibt Eingangs eine Uebersicht über die Resultate der Versuche, durch Injectionen mehr oder weniger differenter Flüssigkeiten in die Bubonen die operative Behandlung zu umgehen. Wälsch hat angegeben, in das entzündete Drüsengewebe nur eine sterilisirte physiologische Kochsalzlösung einzuspritzen. Verf. hat diese Methode an 20, tabellarisch zusammengestellten Fällen nachgeprüft und kam zu folgenden Ergebnissen: 8 Fälle, also 40 Proc heilten, bei den übrigen 12 musste mit Ausnahme eines einzigen die Incision später doch gemacht werden, so dass Gr. die Methode wegen der langen Behandlungsdauer und des unsichern Erfolges nicht empfehlen kann.

2) H. Schlöss-Ybbs: **Ein Fall wiederholter Brandlegung unter Einfluss des Alkohols.**

Ein 36jähriger Knecht mit mangelhafter Schulbildung und Erziehung, bei dem keinerlei Symptome von Schwachsinn bestanden, der im nüchternen Zustande völlig harmlos, fleissig und gefügig war, legte unter dem Einfluss grösserer Alkoholmengen mehrmals Brand. Sch. nimmt an, dass durch Alkohol die Hemmung der Gegenvorstellungen ausfalle, welche sonst Handlungen impulsiven Charakters verhindert. Betr. Gutachten und Krankengeschichte wird auf das Original verwiesen. **Dr. Grassmann München.**

Amerikanische Literatur.

(Fortsetzung.)

16) A. H. Freiberg-Cincinnati: **Tuberculose der Brustdrüse.** (Journal of the American Medical Association, 25. Juni 1898.)

Die Tuberculose der Brustdrüse ist eine relativ seltene Krankheitsform, in der Literatur sind keine 50 Fälle beschrieben, 10 davon wurden von amerikanischen Aerzten operirt. F. berichtet über einen derartigen Fall bei einer 31jährigen hereditär belasteten und mit Lungentuberculose behafteten Frau, bei welcher sich nach anfänglicher Schwellung der Achseldrüsen eine fluctuirende Geschwulst im obern, äussern Quadranten der linken Mamma entwickelte, dessen Inhalt dicke käsige Massen mit zahlreichen Tuberkelbacillen bildete. Reactionslose Heilung ohne weiteres Recidiv.

17) F. H. Davenport-Boston: **Pathologie und Therapie der Dysmenorrhoe bei Anteflexio uteri.** (Boston Medical and Surgical Journal, 2. Juni 1898.)

D. ist der Ansicht, dass die Anteflexion der Gebärmutter nicht als ein pathologischer Zustand, sondern als die Persistenz einer aus dem foetalen Leben stammenden Organlagerung aufgefasst werden müsse. Die Dysmenorrhoe zeigt sich in den meisten Fällen bereits bei der ersten Periode und ist in diesem Sinne congenital. Das Vorhandensein einer Endometritis ist nicht nothwendig, die physiologische Schwellung der Mucosa, welche eine Verengerung des innern Muttermundes bedingt, die abnorme Sensibilität des letztern und der vermehrte Congestionszustand des Organes erklären das Zustandekommen der Beschwerden hinlänglich. Zur Behandlung empfiehlt sich Erweiterung und Streckung des Cervicalcanals, sowie Herabsetzung der Hypersensibilität des innern Muttermunds durch prolongirte mässige Dilatation mit Curettement, Uterinspülung und Einführung eines Hartgummistiftes.

18) J. C. Morse-Boston: **Der Werth der Prof. Gaertner'schen künstlichen Muttermilch.** (Boston Medical and Surg. Journal, 23. Juni 1898.)

Die M.'schen Untersuchungen führen zu dem Schlusse, dass der Gaertner'sche Ersatz für Muttermilch nur die Bestandtheile der Kuhmilch enthält, annähernd in dem Verhältnisse, wie sie in der Frauenmilch bestehen. Einen weiteren Nachtheil des Präparates sieht M. darin, dass das Verhältniss der Bestandtheile nicht constant und eine Controle der zugeführten Nahrungsstoffe dadurch unmöglich ist. Es bietet nach seiner Ansicht weder in diätetischer, noch auch in pecuniärer Beziehung einen Vortheil vor den nach ärztlicher Vorschrift jederzeit frisch bereiteten bisher üblichen Milchmischungen.

19) W. E. Fitch: **Die Folgen des Schnürens.** (Virginia Medical Semimonthly, Mai 1898.)

Der normale Athmungstypus des Weibes ist der gleiche wie beim Manne, abdominal, zu festes Schnüren ändert denselben, er wird costal. Beweis für dieses Verhalten ist die Thatsache, dass die Athmung des schlafenden Weibes eine rein abdominale ist, dass auch bei den Thieren kein Unterschied in der Athmung bei beiden Geschlechtern besteht. Die Athmung der Weiber bei wilden Völkerstämmen ist nach der Beschreibung der verschiedenen Forscher ebenfalls eine abdominale, selbst in der Gravidität herrscht bis in die letzten Monate der abdominale Typus vor gegen den costalen. Durch das Schnüren wird zunächst die normaler Weise bei jeder Respiration erfolgende Verschiebung der Beckenorgane aufgehoben, an Stelle der sonst durch die sitzende oder vorwärts gebeugte Körperhaltung bewirkten Verminderung des intra-abdominellen Druckes, tritt bei den Geschnürten eine bedeutende Erhöhung desselben. Der Uterus wird durch das Schnüren um 2 bis 6 cm nach unten verdrängt, der Beckenboden und das Perineum vorgewölbt und die Circulationsverhältnisse gestört. Diese Umstände fallen besonders dadurch in das Gewicht, dass die Hauptentwicklung der Genitalorgane des Weibes in der Zeit vom 12. bis zum 20. Lebensjahre stattfindet, in einer Zeit, in welcher gewöhnlich am meisten in dieser Beziehung gesündigt wird.

20) Ch. H. Chetwood-Newyork: **Harnröhren- und Blasenspülung.** (New-York Medical Journal, 28. Mai 1898.)

Ch. gibt eine anscheinend sehr praktische Modification des bisherigen Apparates zur Spülung der Harnröhre und der Blase an. Dieselbe besteht in der Anwendung eines gläsernen Mundstückes, welches die Form eines Y besitzt. Die divergirenden Schenkel desselben sind mit Gummischläuchen, einer zum Einlauf, der andere zum Ablauf, armirt, das dritte Ende wird direct in die Harnröhrenmündung eingeführt. Eine entsprechend construirte Klemme functionirt in der Weise, dass bei Oeffnung des zuführenden Schlauches der abführende geschlossen wird und umgekehrt. Der Apparat ist sehr einfach, billig zu beschaffen und vollkommen zweckentsprechend.

21) J. H. Woodward-Newyork: a) **Ein Fall von Abscess im Cerebellum** und b) **ein Fall von pulsirendem Exophthalmus, durch Unterbindung geheilt.** (New-York Medical Journal, 11. Juni 1898.)

Der erstbeschriebene Fall, in welchem sich in der Folge eines bereits zum zweitenmale eintretenden Recidivs einer Mastoiderkrankung ein Abscess im Kleinhirn entwickelte, gibt Anlass zu der Mahnung, in jedem Falle von Eiterbildung im Warzenfortsatz, welche im Anschluss an eine Mittelohreiterung auftritt, gleich von Anfang an möglichst radical zu operiren.

Der zweite Fall ist einmal dadurch interessant, dass zunächst eine Ruptur der Carotis in den Sinus cavernosus erfolgte, und des weiteren, dass hier, wie es scheint zum erstenmale, eine Unterbindung der Collateralarterien mit Erfolg unternommen wurde. Nachdem sich die Ligatur der linken Carotis communis nur von vorübergehendem Erfolg erwies, wurden die an der Nasenwurzel gelegenen collateralen Arterien unterbunden mit dem Resultat, dass nicht nur die Beschwerden, sondern auch der Exophthalmus schwanden und seit nunmehr 3 Jahren kein Rückfall erfolgte.

22) J. E. Walsh-Columbia: **Diphtherie.** (New-York Med. Journal, 18. Juni 1898.)

Im Anhang einer klinisch-bacteriologischen Studie über Diphtherie gibt W. folgende interessante Daten. Im Jahre 1895/96 wurden im Columbiadistrict 174 Fälle von Diphtherie mit Antitoxin, 152 ohne dasselbe nach andern Methoden behandelt. Die Mortalität betrug im ersten Falle 13,2 Proc., im letzteren 34,9 Proc. Im Jahre 1896/97: 285 mit Antitoxin, 7,3 Proc. Mortalität; 335 ohne Antitoxin, 26,6 Proc. Mortalität. In den ersten 7 Monaten des Jahres 1898: 211 mit Antitoxin, 3,8 Proc. Mortalität; 190 Fälle ohne dasselbe mit 34,2 Proc. Mortalität. Als einzige Nebenerscheinung der Antitoxinbehandlung wird Urticaria erwähnt.

23) B. C. Loveland: **Beitrag zum Studium der Melancholie.** (New-York Med. Journ, 25. Juni 1898.)

L. richtete seine an 17 Fällen gemachten Untersuchungen speciell auf die Blutverhältnisse. Er fand, dass besonders in den ersten Stadien statt Anaemie in der Regel Anhydraemie bestand. Der Flüssigkeitsmangel des Organismus äussert sich auch in der Urinbeschaffenheit, derselbe ist dunkel, trüb und von hohem specifischem Gewicht. Die Zahl der Blutkörperchen variirt zwischen 4,320,000 und 8,760,000. Der höchste Haemoglobingehalt nach Fleischl betrug 120 Proc. Diesem Befund entsprechend empfiehlt L. eine vorzugsweise flüssigkeitsreiche Diät mit dem doppelten Zwecke, das Gleichgewicht des Organismus wieder herzustellen und die Eliminirung toxischer Stoffe zu befördern.

24) R. E. Graham: **Die Wirkung des Pyoktanins bei der Behandlung der Cystitis.** (Ibidem.)

Nach den G.'schen Untersuchungen besitzt das Pyoktanin alle für die Behandlung der Cystitis nöthigen keimtödtenden Eigenschaften. Es bewirkt nur geringe Reizerscheinungen, selbst in concentrirter Form, seine antiseptische Wirkung kommt schon in schwachen Lösungen zur Geltung, seine Wirkung hält für eine ziemliche Zeitdauer an. Seine Behandlungsmethode besteht darin, dass nach Entleerung der Blase mittels des Katheters zunächst mit sterilem Wasser ausgespült und dann 7—10 g einer gesättigten Pyoktaninlösung in die Blase injicirt werden. Dieselben werden nach 1—2 Minuten abgelassen und mit sterilem Wasser nachgespült, bis keine Spur von Pyoktanin mehr erkenntlich ist. Die erstmalige Procedur ist ziemlich schmerzhaft. Der Erfolg äussert sich besonders in einer Abkürzung des Verlaufes der Erkrankung.

25) E. A. Tucker-New-York: **Die Nachgeburt.** (The American Gynaecological and Obstetrical Journal, Mai und Juni 1898.)

Diese eingehende Studie über den Mechanismus der Nachgeburt, die Lösung der Placenta und deren Beziehung zu den Blutungen der Nachgeburtsperiode, die sich auf ein Material von 2700 Fällen stützt, lässt sich hier in dem für ein kurzes Referat beschränkten Raum leider nicht wiedergeben. Die erschöpfende Bearbeitung des Themas verdient ein Studium des Originalartikels.

26) W. G. Wylie: **Sterilität** und
W. E. Porter: **Uterin-Drainage.** (Ibidem.)

Beide Autoren empfehlen die Einlegung von Hartgummiröhren, der Erste zum Zwecke der Beseitigung der Cervixstenose bei Sterilität, der Letztere bei den verschiedenen Formen der Endometritis. In der New-York Obstetrical Society fand die Ansicht der beiden Autoren lebhaften Widerspruch, speciell H. L. Collyer betonte, dass die Gazetamponade des Uterus in beiden Beziehungen viel bessere Dienste leiste als die septischen Infectionen nur zu leicht Eingang bietende permanente Drainage der Gebärmutter.

27) Wharton Sinkler-Philadelphia: **Ein Fall von sporadischem Cretinismus.** (The Philadelphia Medical Journal, 14. Juni 1898.)

Das Interessante an diesem Falle ist, dass durch die Darreichung von Schilddrüsenextract bei dem 30jährigen Cretin, der körperlich und geistig auf der Entwicklungsstufe eines 8—9jährigen Mädchens stehen geblieben war, ein erneutes Wachsen um beinahe 8 cm beobachtet wurde; die Menstruation, welche erst mit 20 Jahren eingetreten und äusserst unregelmässig war, normal und regelmässig wurde, und 4 weitere Zähne zum Durchbruch kamen. Aber nicht nur in physischer, sondern namentlich auch in geistiger Beziehung ist im Laufe der seit nunmehr 3 Jahren ausgeführten Thyreoidinbehandlung eine wesentliche Besserung eingetreten.

28) E. W. Pressley-Clover (Süd-Carolina): **Fünfhundert Geburten.** (Ibidem.)

Die von P. gegebene Statistik unterscheidet sich von übrigen dadurch, dass sie nicht das Material einer Entbindungsanstalt oder grösseren Stadt, sondern eine über einen weiten District verbreitete Landbevölkerung vom wohlhabenden Landmann bis zu den ärmsten und elendesten Classen herab umfasst. Von den 500 Fällen waren 486 Schädellagen, 13 Steiss- und 1 Querlage. Nabelschnurvorfall zweimal, Entbindung auf natürlichem Wege in 454, künstlich in 46 Fällen (41 mal Zange, 1 Embryo-, 2 Craniotomien, 2 mal Wendung.) Einmal war Placenta praevia centralis vorhanden, 3 mal Eklampsie, 3 Nachgeburtsblutungen. Mehrfache Geburten: 3, Acephalus: 1, Puerperale Manie: 1. Todesfälle kamen 5 vor, davon 3 durch Sepsis, 1 in Folge von Nephritis.

29) Bayard Holmer-Chicago: **Morbus Basedowii bei vier Kindern derselben Familie.** (The Philadelphia Medical Journal, 11. Juni 1898.)

Ziemlich einzig dastehende Beobachtung, wonach die sämmtlichen vier Kinder vollständig gesunder Eltern in mehr oder minder starkem Grade an der Basedow'schen Krankheit leiden.

30) Charles G. Stockton-Buffalo: **Recidivirende Lobärpneumonie, fehlende Leukocytose.** (The Philadelphia Medical Journal, 25. Juni 1898.)

Bei einem 8jährigen Kinde traten am 40. und 59. Krankheitstage Recidive einer croupösen Pneumonie ein. Tuberculose scheint durch den ausgesprochenen klinischen Befund ausgeschlossen, dagegen fand sich an Stelle der gewöhnlich beobachteten Leukocytose deutliche Verminderung der Zellelemente, insbesondere der Leukocyten. Aus den wiederholten, ausführlichen Blutuntersuchungen scheint hervorzugehen, dass sowohl die übermässig lange Dauer der ersten Attaque als das Auftreten der Recidive durch die fehlerhafte Blutbeschaffenheit bedingt war, insoferne als durch die geringe Zahl der Leukocyten nur eine ungenügende Immunisirung im Organismus erzeugt werden konnte.

31) W. H. Noble-Philadelphia: **Aneurysma der Bauchaorta, geheilt durch Einführung von Golddraht und Galvanisation.** (Ibidem.)

Zu den von D. Hewart berichteten 10 Fällen von Aneurysma, bei welchen durch die Einführung von Golddraht mit folgender Anwendung des galvanischen Stromes viermal Heilung, in den übrigen bedeutende Besserung der Beschwerden erzielt wurde, fügt N. einen Fall eigener Beobachtung. Das Verfahren als Ultimum refugium bei einem sehr herabgekommenen 37jährigen Manne mit Aneurysma der Bauchaorta angewendet, hatte den besten Erfolg. Heilung andauernd. Der Mann starb nach einem Jahre an einer intercurrenten Krankheit. —

F. Lacher-München.

Vereins- und Congressberichte.

Versammlung der British Medical Association

in Edinburgh 27.—30. Juli 1898.

(Fortsetzung.)

V. Psychologie.

Dr. **Sibbald** sprach über den **Selbstmord**. Während der letzten 30 Jahre haben die Selbstmorde scheinbar sehr zugenommen, in England von 67 auf 86 per Million, in Schottland von 40 auf 54. Diese Zunahme ist aber nur scheinbar, da man heute, wo das Verdict gewöhnlich lautet ‹Selbstmord während eines Anfalles von Geistesstörung› viel weniger versucht, Fälle zu verheimlichen als früher, wo man stets versuchte, einen Unglücksfall vorzuschieben. Dies gelang natürlich am leichtesten bei Tod durch Feuerwaffen, Messer, Ertränken etc., viel weniger leicht bei Tod durch Erhängen. Und so sehen wir, dass die Anzahl der durch Erhängen gestorbenen Selbstmörder in den letzten 30 Jahren stets dieselbe war, nämlich 25 in England und 16 in Schottland per Million. Die Selbstmorde dagegen durch andere Mittel schwanken und zwar geht ihre Vermehrung mit einer Verminderung der durch unglückliche Zufälle erfolgten Todesfälle einher. Thatsächlich also hat der Selbstmord nicht zugenommen.

Haig-London sprach über den **Selbstmord als Folge einer schädlichen Diät.** Nach ihm sind geistige Depression und Selbstmord die Folge von Circulationsstörungen in den nervösen Centren, diese wieder sind die Folge von überschüssiger Harnsäure in den Geweben und diese wird in Folge fehlerhafter Diät gebildet. Wenn das Blut mit Harnsäure am meisten überladen ist, wie am Morgen, im Frühling und Sommer, in der Kindheit und in der Blüthe des Lebens, dann werden auch die meisten Selbstmorde begangen. Die Engländer begehen mehr Selbstmord, weil sie mehr Fleisch und Bier geniessen, als die Schotten, die von Vegetabilien und Whisky leben. Mit der Civilisation steigt die Gicht und der Selbstmord. Männer begehen aus demselben Grunde häufiger Selbstmord als Frauen.

In der Discussion nahmen nur wenige Redner Haig's Standpunkt ein.

Bois und Kerr empfahlen dann auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen die Verabreichung von Milz und Schilddrüsenextract bei Stupor der Erwachsenen.

Es folgten dann Vorträge über die Erziehung zurückgebliebener Kinder, über die Wirkung von Thyreoid- und Parathyreoidextracten auf den Stoffwechsel der Geisteskranken und schliesslich eine Discussion über den Hypnotismus.

Dr. **Milne Bramwell**-London sprach über die **therapeutische Verwendung des Hypnotismus spec. auch zur Erzeugung von Empfindungslosigkeit bei Operationen** und illustrirte seinen Vortrag durch viele Krankengeschichten. Er hat nie üble Folgen während oder nach der Hypnose gesehen, ebensowenig wie die Ausbildung einer hypnotischen Gewohnheit, auch glaubt er nicht, dass man einem Hypnotisirten suggeriren könne, nach dem Erwachen ein Verbrechen zu begehen. Andere Redner theilten weniger die Ansichten von der Ungefährlichkeit der Hypnose.

Benedict-Wien ist der Ansicht, dass Hypnotismus die Willenskraft schädige; er warnt auch im Interesse des Arztes davor, Leute zu hypnotisiren und sich gefügig zu machen, da man sie oft nicht wieder loswerden kann.

Aehnliches erzählt Dercum-Philadelphia von einer Dame, bei der er ein hysterisches Kniegelenk durch Hypnose heilte. Von nun an verfolgte ihn die Dame unaufhörlich, bis er ihr in der Hypnose eine fernabgelegene Wasserheilanstalt als besten Aufenthaltsort suggerirte und zwar mit Erfolg, denn nach dem Erwachen reiste die Dame dorthin ab.

Robertson-Murthly hat häufig gute Erfolge von der Hypnose gehabt, besonders bei Ischias und sonstigen schmerzhaften Affectionen, er empfiehlt sie desshalb an Stelle der Narcotica.

VI. Chirurgie.

Als erstes Thema stand zur Discussion: **«Die Verletzungen des Ellbogengelenkes»** über welches **Bennett**-Dublin referirte. Er sprach über die oft äusserst schwierige Diagnose und über die Gründe, welche sie so schwierig machten. Schon die Nomenclatur der einzelnen, das Gelenk bildenden Theile ist in den Textbüchern eine verschiedene und bringt in das schon schwierige Gebiet noch mehr Verwirrung. Sehr häufig, ja häufiger als die complete, ist die incomplete Dislocation beider Vorderarmknochen nach hinten und gerade sie wird wegen der schnell einsetzenden, beträchtlichen Schwellung oft übersehen.

Roberts-Philadelphia glaubt, dass Ankylosis des Ellbogengelenkes nach Verletzungen stets die Folge einer ungenügenden resp. unrichtigen Adaption der Fracturenden zuzuschreiben ist; excessiver Callus hat nur wenig damit zu thun, Kapselverdickungen und Schrumpfungen gar nichts. Er empfiehlt in Fällen, wo die Fragmente Neigung haben, auseinander zu weichen, sie mit langen Nägeln aneinander zu fixiren. Man schlägt die Nägel durch die Haut und entfernt sie nach 3 Wochen wieder. In dunkeln Fällen empfiehlt er einen Explorativschnitt zwischen Biceps und Supinator longus. Die beste Stellung in der Behandlung der Ellbogenfracturen ist fast völlige Streckung.

Chiene-Edinburgh empfiehlt für die meisten Fälle volle Beugung, bei Brüchen des Olecranon ohne Verschiebung rechtwinklige Beugung, bei sehr schweren Fällen, wo der Patient das Bett hüten muss, Gewichtsextension in gestreckter Stellung.

Auch Bryant-London empfiehlt die gestreckte Stellung.

Dalziel-Glasgow weist darauf hin, dass bei Fall auf die ausgestreckte Hand häufig das Capitellum abbricht, es dreht sich dann oft so, dass seine Gelenkfläche dem Humerus zugewendet wird. Dabei entsteht oft Ankylose oder es bleibt die Vereinigung aus, oft entsteht grosse Deformität, weil das innere Fragment weiterwächst, das äussere aber stehen bleibt. Am besten ist es in diesen Fällen, die getrennten Fragmente zu nageln und hat man oft noch nach Jahren gute Erfolge damit.

Alle diese Redner, sowie auch Keetley-London, warnen davor, zu früh oder zu energisch mit passiven Bewegungen zu beginnen.

Jordan Lloyd-Birmingham glaubt, dass reine Dislocationen im Ellenbogengelenk sehr selten sind und meist mit Fracturen des unteren Humerusendes verwechselt werden. Treten Ankylosen ein, so ist das meist die Folge von frühzeitigen passiven Bewegungen, ein gebrochenes Gelenk soll 4—6 Wochen ganz ruhig gestellt werden, eine Ansicht, der sich auch Annandale anschloss.

Es sprach dann **Kocher**-Bern über **Darmverschluss.**

Er selbst hat 77 Fälle behandelt. Leider wird oft schon vor dem Eintreffen des Chirurgen innerlich Medicin verabreicht und dadurch das Bild verdunkelt, oder der Zustand verschlimmert. Unter seinen 77 Fällen bestand in 26 ein maligner Tumor, den er in 24 Fällen durch Resection entfernte, nur 4 Todesfälle. In 19 Fällen handelte es sich um tuberculöse Stricturen, er hatte unter 18 Operationen nur 1 Todesfall. Zieht man die moribunden Fälle ab, sowie die, in denen nicht operirt wurde, so bleibt eine Mortalität von nur 18 Proc. Merkwürdigerweise war die Mortalität am grössten bei den einfacheren Fällen, von 7 Fällen von Volvulus starben 5. Der Tod erfolgte durch septische Absorption von oberhalb des Hindernisses gelegenen Geschwüren. Diese Geschwüre sind keine Kothgeschwüre, sondern entstehen durch Ueberdehnung und dadurch bedingte Epithelverletzung des Darmes. Die Distension muss zuerst behoben werden, eine radicale Operation kann man eventuell später anschliessen.

Thelwall Thomas-Liverpool berichtet über **3 Fälle von Oesophagotomie** wegen verschluckter Gebisse. Im ersten Falle waren langdauernde Versuche vorausgegangen, die Platte per os zu entfernen, dieser Patient starb, die beiden anderen wurden glatt geheilt.

Mayo Robson-Leeds sprach dann über **3 Fälle von Leberresection wegen Carcinoms.** Unter 300 Operationen an der Leber und dem Gallensystem, die er ausführte, fand sich 35 mal Carcinom, aber nur 3 mal versuchte er Gallenblase und anliegende Lebersubstanz zu entfernen. Ein Fall starb wenige Stunden nach der Operation, die 2 anderen genasen, starben aber wenige Monate später am Recidiv. Er durchsticht die Leber jenseits des Tumors mit Stricknadeln und legt eine elastische Ligatur herum. Er befürwortet dringend frühzeitiges chirurgisches Eingreifen bei Gallensteinen, da dadurch sicher manches Carcinom vermieden werden, andere im Beginn entdeckt und mit Erfolg beseitigt werden können. Manchmal wird übrigens auch nach der Eröffnung der Bauchhöhle ein maligner, inoperabler Tumor diagnosticirt und doch verschwinden später alle Symptome, ein Beweis, dass es sich nur um eine entzündliche Affection gehandelt hat, die durch die Probelaparotomie günstig beeinflusst wurde.

J. P. Bush-Bristol sprach an der Hand von 2 operirten Fällen über die Behandlung des **perforirten Magengeschwüres.** Eine Patientin starb 3 Wochen nach gelungener Operation plötzlich an Herzlähmung, die andere genas. Er verwirft Irrigationen und befürwortet Austupfen der Bauchhöhle.

Annandale glaubt in allen Fällen von stärkerer Beschmutzung der Bauchhöhle durch Mageninhalt die Irrigation anrathen zu müssen.

Morse-Norwich verlor von 4 operirten Fällen nur einen, auch er spült aus und hält dies für weniger gefährlich als das Tupfen, dasselbe glauben Maclaren-Edinburgh und Wheeler-Dublin.

Hutton-Edinburgh empfiehlt die Resection als das beste Mittel zur Behandlung der **Empyeme der Pleura.** Er verwendet in der Nachbehandlung ein Ventildrain, das die Luft bei Exspiration und Husten wohl aus dem Thorax heraus, aber keine Luft herein lässt.

Dann beschreibt **Nicoll**-Glasgow seine Methode der **Prostatectomie,** die darin besteht, dass er mit besonders geformten Zangen von einer Dammwunde aus Stücke der vergrösserten Prostata entfernt, ohne Urethra und Blase zu verletzen. Die Prostata wird dabei während der Operation durch die in eine suprapubische Cystotomiewunde eingeführten Finger eines Gehilfen nach abwärts gedrückt.

Innere Medicin.

Dr. **James** eröffnete die Discussion über **die klinischen Varietäten der Lebercirrhose.**

Er unterscheidet 4 Formen. 1. Die rein atrophische, 2. die rein hypertrophische, 3. die Uebergangsform, 4. eine Form, die bei jungen Individuen vorkommt und häufig congenitalen Einflüssen oder localen Verhältnissen wie peritonitischen Adhaesionen ihren Ursprung verdankt. Als Uebergangsformen bezeichnet er solche, die keinen typischen Verlauf haben, sondern die z. B. mit Ikterus und Leberschwellung beginnen, dann verschwindet der Ikterus und die Folgen der Pfortaderstauung machen sich bemerkbar. Alkohol ist aetiologisch von höchster Bedeutung.

Rosenstein-Leyden glaubt, dass der schädliche Einfluss des Alkohols ganz bedeutend überschätzt wird, in Holland, wo enorm viel Schnaps getrunken wird, ist die Cirrhose gar nicht besonders häufig. Osler-Baltimore glaubt an einen bacteriologischen Ursprung vieler Formen. An der Discussion betheiligten sich unter andern auch Gerhardt und Rosenbach-Berlin, die allgemeine Ansicht war, dass es in vielen Fällen sehr schwierig sei, klinisch die Art der Cirrhose genau zu bestimmen. Gewöhnlich allerdings geht Icterus ohne Ascites mit der grossen Leber, bei welcher die Bindegewebsneubildung intralobulär erfolgt, während bei der kleinen Leber mit periportaler interlobulärer Bindegewebsbildung kein Icterus besteht, aber Ascites und Milzschwellung sehr wichtige Symptome sind.

Adami-Montreal sprach dann über die **Bacteriologie der Lebercirrhose.**

Er führte aus, dass noch kein Untersucher durch Alkoholinjectionen Lebercirrhosen erzeugen konnte, sondern dass nur Verfettungen zu Stande kommen. In Indien dagegen sind enorme Lebercirrhosen nicht selten bei Kindern, die nie Alkohol genommen haben. Hanot nimmt desshalb auch einen infectiösen Ursprung der hypertrophischen Cirrhose an und bezeichnet diese Leberkrankheit direct als foie infectieux. Adami selber studirte eine Epidemie von Pietonkrankheit beim Rindvieh, die in einem beschränkten Bezirke von Nova Scotia zur Beobachtung kam. Die Krankheit, die dort seit etwa 40 Jahren endemisch ist, beginnt mit Bitterwerden der Milch, allmählich gehen die Thiere zu Grunde. Verfasser tödtete und untersuchte 30 Thiere. Er fand stets eine enorme Lebercirrhose, das Organ war glatt und sehr vergrössert, die Gallenblase war voll, die Faeces gefärbt und es bestand Ascites. Die Bindegewebswucherung war sowohl intra- wie interlobulär. Im 4. oder wahren Magen fanden sich zahlreiche folliculäre Ulcerationen. Verfasser glaubt, dass diese die primären Herde seien, von denen aus die Leber auf dem Wege der Lymphbahn inficirt werde. Die Milz war nicht verändert. Verfasser konnte in allen Fällen einen wohlcharakterisirten Bacillus aus diesen Lebern züchten, der für Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen pathogen ist. Mit Hilfe sehr complicirter Färbe- und Bleichmethoden fand er dieselben Mikroorganismen nun auch in den Zellen der menschlichen Lebercirrhose. Er glaubt, dass diese Organismen die Erreger der Cirrhose sind; bleibt aber den Beweis schuldig.

Mac Call Anderson-Glasgow hielt einen Vortrag, betitelt: **Eine Aufforderung, das Tuberculin häufiger zu gebrauchen.**

Er glaubt, dass den unberechtigten übertriebenen Empfehlungen jetzt eine ebenso unberechtigte Vernachlässigung des Tuberculins gefolgt ist. Zu diagnostischen Zwecken verwendet er das alte, zu curativen das neue Tuberculin. In jedem Falle ist mit der Behandlung eine kräftige Ernährung, Aufenthalt in frischer Luft, Leberthran und dergleichen zu combiniren.

Nachdem Prof. **Rosenbach**-Berlin über **Tabes dorsalis** gesprochen hatte, eröffnete Caverhill eine Discussion über die **Freiluftbehandlung der Phthise.** Für uns Deutsche boten die

Verhandlungen wenig Neues, es ist aber mit Freude zu begrüssen, dass man endlich in England anfängt, mehr Werth auf die Freiluftbehandlung zu legen.

Guillemard-Capcolonie empfahl die Hochplateaus des Inneren von Südafrika. Jones-New South Wales bestätigte dies und warnte die Aerzte, Patienten ohne Wahl in ein dem Arzte unbekanntes Land zu senden. Vielfach werde gerathen «gehen Sie nach Australien», das sei Unsinn, da in Australien die allerverschiedensten Klimata angetroffen werden.

Redner, wie Thorne-London, Johns-Bournemouth und andere glauben, dass man die grosse Mehrzahl der Phthisiker ebensogut in England behandeln kann wie auf dem Continent, die einzige Schwierigkeit liegt in den vielen Vorurtheilen des englischen Publicums, das sich z. B. nur sehr schwer an die Disciplin einer Anstalt gewöhnen kann. Die Anstaltsbehandlung ist der häuslichen bedeutend vorzuziehen.

Broadbent-London sprach dann lange über **die Schwankungen des arteriellen Druckes und die Behandlung solcher Fälle.**

Die theoretischen Ausführungen lassen sich nur schwer wiedergeben. Bei herabgesetztem Druck, der häufig auf Störungen der Nebennierenfunction beruht, sind Digitalis und Coffein am Platz. Bei erhöhtem Druck haben wir fast immer toxische Körper im Blute kreisen, die zu entfernen sind. Diaphoretica, Diuretica und Purgativa sind hier nützlich, fast wie ein Specificum wirkt das Kalomel, das man auch bei Nierenkrankheiten ruhig geben kann, und das häufig uraemische Convulsionen beseitigt. Auch Nitroglycerin und Erythroltetranitat sind sehr nützlich.

Bradbury-Cambridge sprach ebenfalls sehr ausführlich über Arteriosklerose, ohne etwas Neues zu sagen. Erythroltetranitat hat ihm bei der Behandlung der Angina pectoris oft bessere Dienste geleistet als Nitroglycerin.

Savill-London fand unter 280 Sectionen der letzten 18 Monate 39mal eine beträchtliche Verdickung der Arterien, die bei mikroskopischer Untersuchung lediglich auf einer Hypertrophie der Muskelschicht beruhte. Alle diese Verstorbenen hatten während des Lebens an Druckerhöhung im arteriellen System gelitten und glaubt Redner, dass diese Hypermyotrophia arterialis die physiologische Folge der Druckerhöhung ist. Solche Leute leiden klinisch an der von Allbutt so genannten Plethora senilis. Es ist sehr wichtig, möglichst frühzeitig eine Diagnose zu machen, um durch geeignete diätetische und medicinische Behandlung Apoplexien und anderen Folgezuständen vorzubeugen.

Drummond-Newcastle glaubt, dass Langlebigkeit gewöhnlich mit niedriger Spannung in den Arterien einhergeht.

Haig-London benutzte natürlich die Gelegenheit, um eine Lanze gegen die Harnsäure zu brechen und sie wie früher für den Selbstmord (siehe Referat über die psycholog. Abtheilung), so jetzt für die hohe Spannung in den Arterien verantwortlich zu machen.

Simpson sprach über die **indische Pest**, deren erste Erwähnung wir in indischen Jahrbüchern schon 542 vor Christus finden. Vor 800 Jahren beschrieb ein Hindu die Krankheit genau und warnte seine Landsleute, auf der Hut vor der Pest zu sein, wenn eine schnell tödtende Krankheit unter den Ratten ausbricht. Auch in der Bibel wird Seuche unter den Mäusen als Vorläufer der Pest erwähnt.

Simpson glaubt, dass die levantinische Pest im Erlöschen ist, fürchtet aber, dass die indochinesische Pest nach Europa kommen wird, wenn man nicht grosse Verhütungsmaassregeln einführt.

Er bespricht dann eine eigenthümliche Krankheitsform, die 1895 und 1896 unter Soldaten eines englischen Regimentes beobachtet wurde, welche in Hong-Kong die Pesthäuser gesäubert hatten und später nach Calcutta verlegt wurden. Es handelte sich um Drüsenschwellungen und leichtes Fieber. Die Krankheit wurde zuerst für Syphilis, dann für Malariabubo gehalten, entpuppte sich aber schliesslich als sporadische Pest. Redner macht dann eine Reihe von Vorschlägen, um durch Schaffung eines geordneten Sanitätsdienstes in Indien die Pest erfolgreicher zu bekämpfen, als das bisher geschah.

Haffkine und Bannermann sprachen dann über Versuche, die sie mit Haffkine'schem Serum in pestbefallenen Dörfern Indiens angestellt haben. Nach einführenden Bemerkungen über die Wirksamkeit des Serums bei Thieren werden folgende, im grossen Maassstabe an Menschen gemachte Experimente erwähnt.

1. Am 30. Januar 1897 wurde die Hälfte der Insassen des Correctionshauses in Byculla mit Serum injicirt und lebte von da an mit den nicht geimpften unter völlig gleichen Verhältnissen weiter. Von 173 nicht geimpften Personen erkrankten während des Herrschens der Pest 12 und 6 von diesen starben, von den 148 geimpften erkrankten 2 und es starb Niemand.

2. 1897 wurden in Bombay 8200 Personen geimpft, von denen 18 (Eingeborene) erkrankten und 2 starben, die Verstorbenen zeigten die ersten Symptome der Pest schon innerhalb von 24 Stunden nach der Impfung.

3. In Lanowlie, in der Nähe von Poona, trat unter der 2000 Köpfe starken Bevölkerung die Pest auf. Von 323 geimpften Einwohnern eines bestimmten, genau abgegrenzten Stadtbezirkes erkrankten 14 mit einer Mortalität von 7, von 377 ungeimpften erkrankten 78 und 58 starben. Hier wurde die Mortalität durch die Impfung um 85,7 Proc. herabgesetzt.

4. In einem von Muselmännern bewohnten Theile Bombays wurden 5184 Personen geimpft, von diesen starben 7, von 8146 nicht geimpften dagegen 177.

Dimmock sprach dann über die Schutzmaassregeln, die man in Bombay zur Verhütung und Bekämpfung der Pest angewandt hatte.

Arnott sprach dann über die Pathologie der Pest.

Es gibt nach ihm 3 Varietäten der Krankheit. 1. Die Bubonenform. Hier findet man die Hauptveränderungen am Sitz des primären Bubos, die übrigen Drüsen werden nur sehr wenig afficirt. Ausserdem findet man Haemorrhagien und Petechien in fast allen Viscera. 2. Die septicaemische Form. Hier sind fast alle Drüsen vergrössert, mit Ausnahme der Mesenterialdrüsen. Die Pestbacillen werden bei diesen Formen nicht im Magen oder den Gedärmen gefunden. 3. Die pneumonische Form. Die Drüsen sind fast gar nicht inficirt, in der Lunge finden sich zerstreute, pneumonische Herde, zuweilen ist auch die untere Hälfte der Lunge infiltrirt.

Cantlie-London wahrt die Priorität Kitasatos als Entdecker des Pestbacillus gegenüber Yersin, auch er hält strenge sanitäre Verordnungen für Indien für höchst wichtig und stimmt den Vorschlägen von Simpson bei.

Physiologie.

Waller-London sprach über seine Versuche, die er angestellt hat, um die Wirkung der Anaesthetica auf vegetabilisches und animalisches Protoplasma zu studiren. Er benutzte das Rückenmark und die Retina des Frosches, sowie Zellen von Elodea canadensis, Nitella und Vallisneria. Er zeigte seine Versuchsanordnung und sprach dann über seine Resultate, die in Kürze Folgendes ergaben. Lachgas hatte weder auf Nervenzellen noch auch Pflanzenzellen einen merkbaren Einfluss. Kohlensäure bewirkte eine Verringerung der Elektromobilität des Nerven und einen Stillstand in den Bewegungen des Pflanzenprotoplasmas (es wurde gezählt, wie viel Chlorophyllkörnchen in einer gewissen Zeit einen gegebenen Punkt passirten); doch stellte sich die Norm bei Nachlassen der Wirkung bald wieder her; Aether verhielt sich fast ebenso wie Kohlensäure, Chloroform dagegen führte zu einem absoluten und permanenten Stillstand dieser Erscheinungen bei Pflanzen und Nervenzellen und kehrte die Function auch nach Aufhören der Wirkung nicht zurück.

Dieselben dauernd schädigenden Wirkungen des Chloroforms fand er bei einer Reihe anderer Versuche, über die hier nicht genauer referirt werden kann, der sehr lesenswerthe Vortrag wird unter den Originalien des Brit. Med. Journal demnächst erscheinen; ebenso muss für eine Reihe weiterer interessanter Vorträge über Darmabsorption, über selective Kraft der Gewebe, über Gallenausscheidung beim Menschen etc. auf dieses Blatt verwiesen werden. Erwähnt soll nur werden, dass die verschiedensten Beobachter, die auch auf verschiedene Weise experimentirten, alle darüber einig sind, dass man mit Droguen den Gallenfluss nicht beeinflussen kann, nur salicylsaures Natron schien einen geringen Einfluss auszuüben.

Staats-Medicin.

Cameron (Newton-Stewart) sprach über die **Wasserversorgung durch Oberflächenquellen** und meint, dass diese Bezugsquelle seit Jahren viel zu wenig berücksichtigt werde und dass man ganz grundlos annehme, dass derartige, oberflächlich gelegene Quellen leicht verunreinigt würden. Er machte eine Reihe von Versuchen, die er discutirt, und empfiehlt speciell bei armen Gemeinden häufiger die Oberflächenquellen zur Wasserversorgung herbeizuziehen. Natürlich müssen die Pumpen gegen directe Verunreinigung geschützt werden.

Stewart-Edinburgh spricht sich ebenfalls zu Gunsten dieser Quellen aus.

Marsden-Birkenhead sprach über **Filaria strongylus oder Pseudotuberculose** beim Schaf, Schwein und Ziege. Er hält die Erkrankung für sehr häufig und hat sich davon überzeugt, dass auf Grund des Lungenbefundes die von der Filaria befallenen Thiere meist für tuberculös erklärt werden und ihr Fleisch von der Marktpolizei confiscirt wird. Die den Tuberkelknötchen ganz ähnlichen Granulome der Filariaerkrankung finden sich zumeist in den Lungen, Leber und Nieren. Von der Grösse eines 10 Pfennigstückes, erscheinen sie auf dem Durchschnitt grau, hyalin, mehr opak und gelb in den Theilen, die schon mehr regressive Veränderungen eingegangen haben. Dabei fühlen sie sich weniger fest an als Tuberkel. Mikroskopisch bestehen sie aus Riesenzellen, einer epitheloiden Zone und einer Randzone von Rundzellen, verhalten sich also ganz wie ein Tuberkel, nur enthalten sie stets ein oder mehrere Eier der Filaria.

Marsden empfiehlt die befallenen Organe dieser Thiere zu vernichten, das übrige Fleisch aber als gesund und verkäuflich zu erklären.

Gairdner-Edinburgh eröffnete eine Discussion über **Aphasie** in ihrer Beziehung zur Testamentsbefähigung. Redner selbst glaubt, dass ein Mann, der stets aphasisch war, nie höhere geistige Fähigkeiten erlangen kann, dass aber ein erst aphasisch gewordener in den meisten Fällen noch im Stande sein wird, ein giltiges Testament zu machen.

Older-Leith glaubt, dass Zerstörung des auditorischen Centrums die Fähigkeit, ein Testament zu machen, ausschliesst. Uebrigens sind Alle an Aphasie leidenden als geistig minderwerthig zu betrachten, unter Umständen kann ein Testament in Spiegelschrift abgefasst werden.

Clouston-Edinburgh wies dann darauf hin, wie leicht es ist, Aphasischen alles Mögliche zu suggeriren.

Mercier-London hielt dann seinen Vortrag über **Verbrechen und Irrsinn**.

Aus diesem Vortrag und der sich anschliessenden Discussion ging hervor, dass die meisten Redner glauben, dass in Grossbritanien noch zu wenig Gewicht auf mögliches Irresein bei Abmessung der Strafbarkeit gelegt wird.

Sutherland will vor Allem auch die Trinker als Geisteskranke betrachtet wissen und will, dass sie straffrei ausgehen.

Gairdner schlägt folgende Urtheilssprüche für die Geschworenen vor: Schuldig, Nicht schuldig wegen bestehenden Irrsinns, Schuldig, aber irrsinnig. Auf Grund des letzten Verdicts können Strafen leichterer Art verhängt werden, werden doch auch in den Irrenanstalten in vielen Fällen Strafen ertheilt.

Aus der nun folgenden Discussion über **die hygienische Controle der Milchversorgung** geht klar hervor, dass England hierin wie im Schlachthauswesen etc. noch sehr weit hinter den continentalen Ländern zurück ist.

Robertson-Sheffield gab die Resultate seiner Untersuchungen über **den Boden als Factor in der Verbreitung mancher Krankheiten.** Er hat sich speciell mit dem Abdominaltyphus beschäftigt und in sehr geistvoller Weise versucht, möglichst natürliche Verhältnisse nachzuahmen, indem er die meisten seiner Versuche auf freiem Felde ausführte. Im Winter geht in gewöhnlichem Boden der Typhusbacillus zu Grunde, während er sich im künstlich gedüngten unbeschränkt lange hält. Nach Robertson hat der Staub eine sehr grosse Bedeutung für die Weiterverbreitung der Krankheit.

Thorne-London schloss sich dieser Meinung an und warnt vor dem allzu grossen Vertrauen auf Laboratoriumsversuche.

Auch andere Redner betonen die Wichtigkeit des Bodens als aetiologischer Factor und erwähnen eine Reihe von Fällen, wo der Typhus sich gewissermassen in einem Hause festsetzt und immer von Neuem wieder ausbricht.

Dann folgte eine lange Discussion über **Impfung und das neue Impfgesetz**, am Schlusse derselben wurde eine Resolution aufgesetzt, in welcher die Regierung gebeten wurde, das Gesetz zurückzuziehen. Wie ich Ihnen bereits gemeldet habe, ist das Gesetz trotzdem angenommen worden und ist die Impfung vor der Hand in England nur noch facultativ.

Dixey-Oxford sprach über **Diphtherie in London** und zeigte, wie die Unterbrechung in der Sterblichkeit zusammenfiel mit den langen Schulferien und wies dann auf die Wichtigkeit der Schulinfection hin. Dass die Gesammtsterblichkeit seit 1894 so beträchtlich gesunken ist, hängt mit der Einführung des Serums zusammen.

Durham eröffnete dann eine Discussion über die agglutinirenden Eigenschaften der Sera und ihr Verhältniss zur Immunität.

Redner glaubt im Gegensatz zu Pfeiffer, dass eine positive Pfeiffer'sche Reaction (lysogene Eigenschaft), eine complete sedimentirende Kraft und permanente Schutzkraft stets mit einander vergesellschaftet sind.

Grünbaum-London findet, dass ausser den drei Eigenschaften, die Durham dem Serum eines immunisirten Thieres zuschreibt, es noch eine vierte lähmende besitzt, die man natürlich am besten bei beweglichen Organismen studiren kann, die aber auch bei unbeweglichen als Verlust der Brown'schen Bewegung zu Tage tritt.

Mc Weeney-Dublin beschreibt noch eine weitere Serumreaction, die er als die kettenbildende bezeichnet; man kann diese Reaction oft mit Vortheil diagnostisch verwerthen bei den Fällen, bei welchen die gewöhnliche Gruber-Widal'sche Reaction unsicher ist.

Stockmann-Glasgow sprach dann über **pathologische Erscheinungen nach der Einverleibung todter Tuberkelbacillen.** Er experimentirte an Hunden und Pferden, denen er 50 ccm einer durch Erhitzen auf 110° C. abgetödteten Tuberkelbacillencultur in die Jugularvenen injicirte. Nachdem die anfänglichen sehr hohen Temperaturen wieder heruntergegangen waren, machte Redner eine Tuberculininjection, die positiv ausfiel. Nach Tödtung der Thiere fand man in den Lungen zahlreiche kleine Tuberkel, die hauptsächlich aus Rundzellen bestanden. Verkäsung war nirgends deutlich, Riesenzellen wurden nur vereinzelt gefunden, dagegen zahlreiche Tuberkelbacillen. Er fütterte dann Katzen mit abgetödteten Tuberkelbacillen, konnte aber auch nach Monaten bei den abgetödteten Thieren keine tuberculösen Veränderungen nachweisen.

Woodhead-London hat ähnliche Beobachtungen gemacht, auch bei seinen Versuchen entwickelten sich nach der Injection todter Bacillen reichlich fibröse Tuberkel in den Lungen und auch in der Leber, wenn die Oberschenkel zur Injection benutzt wurden; auch abgeschwächte Tuberkelbacillen erzeugten nicht verkäsende Tuberkel.

Greenfield-Edinburgh glaubt, dass es nicht ausgeschlossen sei, dass bei den Versuchen lebende Bacillen mit untergelaufen seien.

Christofers-London und **Mc Weeney** sprachen dann über die **Wirkungen normalen Serums in Bezug zur Diagnose des Typhusbacillus**.

Schliesslich eröffnete Wilson noch eine lange Discussion über die **Verunreinigung der Flüsse und deren Verhütung**, die aber mehr locales Interesse hat, ebenso wie die Discussion über den Werth der jetzt üblichen Bevölkerungsstatistik der grossen englischen Städte. Aus letzterer sei nur hervorgehoben, dass die jetzt erhaltenen Ziffern höchst ungenau sind und dass verlangt wird, mindestens alle 5 Jahre einen Census abzuhalten.

Stockmann-Glasgow hielt dann einen Vortrag über den **therapeutischen Werth gewisser neuerer synthetisch gefundener Analgetica, ihr Nutzen und ihre Gefahren.**

Alle diese neuen Mittel wurden zuerst als Antipyretica empfohlen, konnten aber sich nicht einbürgern, da die Bekämpfung des Fiebers jetzt weniger geübt wird als früher. Ihre schmerzlindernde Wirkung wurde desshalb hervorgehoben, sie beruht auf ihrem Einfluss auf die graue Substanz des Rückenmarkes und Gehirns, sie vermindern die Leitung von Schmerzempfindungen und auch die Perception von Eindrücken auf die graue Kernsubstanz. Sie haben im Gegensatz zu den Narkoticis keine Wirkung auf die motorischen Centren. Alle diese Mittel aus der Phenol- und Anilingruppe bergen gewisse Gefahren in sich, die aber meist nur bei individueller Disposition zur Geltung kommen. Von den bekannten Mitteln ist Acetanilid das gefährlichste, Antipyrin steht in der Mitte und Phenacetin ist bei Weitem das sicherste in Wirkung und Ungefährlichkeit; auch Lactophenin ist brauchbar.

Phillipps-London sprach fast alle neueren Mittel durch und kam zu dem Schlusssatz, dass Salophen das beste und ungefährlichste sei. Agathin, Analgen, Citrophen, Euphoren und Lactophen seien ihrer gefährlichen Eigenschaften wegen besser zu vermeiden; Pyoctanin, Pyramidol und Salocoll sind überflüssig.

Gillespie-Edinburgh glaubt, dass man durch gleichzeitige Verabreichung von Coffein die deprimirenden Nebenwirkungen der Analgetica vermeiden kann.

Leech-Manchester empfiehlt Antipyrin und Phenacetin.

Es würde zu weit führen, die recht lebhafte Discussion hier genauer zu referiren, jeder Redner hatte seinen Liebling unter den genannten Mitteln und hielt sein Mittel, eventuell zusammen mit Coffein, für ungefährlich und wirksam. (Schluss folgt.)

J. P. zum Busch-London.

Berliner Briefe.

Ministerieller Erlass, betreffend die Anzeigepflicht der Aerzte bei venerischen Krankheiten. — Anstellung einer Aerztin bei der Sittenpolizei. — Die Stellung der Behörden zu den Unfallstationen.

Wenn wir das Gesetzbuch nach den Rechten und Pflichten durchsuchen, welche mit dem ärztlichen Beruf verbunden sind, so finden wir von Rechten nur das der Bezeichnung als «Arzt», und allenfalls noch das Recht auf eine strengere Bestrafung bei beruflichen Vergehen. Der Pflichten aber gibt es viele; und wenn uns auch für keine ein Aequivalent geboten wird, so haben wir sie doch stets gern auf uns genommen. Wie sollen wir uns aber verhalten, wenn wir auf dem Verwaltungswege Vorschriften bekommen, deren Befolgung uns mit dem Strafgesetzbuch in Conflict zu bringen geeignet ist? Solche Verordnung hat der Polizeipräsident unlängst erlassen, indem er nach Vereinbarung mit dem Cultusminister, dem Minister des Innern und dem Kriegsminister die Civilärzte auf zwei die Anzeige Syphilitischer betreffende Bestimmungen eines Regulativs vom Jahre 1835 aufmerksam macht. Diese Bestimmungen besagen zunächst, dass eine Anzeige an die Ortspolizeibehörde nur erforderlich ist, wenn nach dem Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachtheilige Folgen für den Kranken selbst oder das Gemeinwesen zu befürchten sind. Dagegen liesse sich nichts einwenden. Aber dann heisst es weiter: «Syphilitisch kranke Soldaten müssen von den sie behandelnden Civilärzten dem Commandeur des betreffenden Truppentheils oder dem dabei angestellten Oberarzt angezeigt werden.» Eine Zusatzbestimmung besagt, dass das nicht nur bezüglich der gemeinen Soldaten, sondern auch bezüglich der Portépéefähnriche gilt und ferner, dass unter «syphilitischen Erkrankungen» ausser der constitutionellen Syphilis auch Tripper und weicher Schanker «nebst Folgezuständen» zu verstehen sind. Und schliesslich gibt die zweite Bestimmung den Aerzten, besonders den bei Krankenhäusern angestellten, auf, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in die Cur nehmen, so sollen sie «auszu-

mitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung herrühre, damit .... die zur Verhütung einer weiteren Verbreitung des Uebels durch die Umstände gebotenen Maassregeln getroffen werden können».

Difficile est satiram non scribere. Es scheint hier wieder einmal juristische und militärische Vorbildung als ausreichend für universelles Wissen angesehen zu sein. In jedem der 3 genannten Ministerien gibt es doch sachkundige Mediciner, aber es scheint, dass sie in ärztlichen Angelegenheiten nicht gefragt werden. In den erwähnten Bestimmungen wird man Mühe haben, auch nur einen Satz herauszufinden, der nicht bei jedem Sachkundigen ein bedenkliches Schütteln des Kopfes hervorriefe. Zunächst könnte man fragen, warum nur die Civilärzte, nicht auch die Civilpraxis treibenden Militärärzte zur Erstattung der Anzeige aufgefordert werden. Doch das ist vielleicht nur ein stilistischer Lapsus, ebenso wie die Definition der «syphilitischen Erkrankungen». Schwerer wird es uns schon werden, zu ergründen, warum die Syphilis der Officiere für vornehmer gilt und von der Anzeige ausgenommen ist. Vielleicht glaubt man in den maassgebenden Ministerien, dass sie gar nicht oder nicht in demselben Grade ansteckend ist, wie die der gemeinen Soldaten? Wir Aerzte mit unserm simpeln Verstande sind dieser Ansicht nicht und glauben vielmehr, dass durch diese Ausnahme der ganze beabsichtigte Zweck der Maassregel durchbrochen wird. Wie sieht es aber überhaupt mit diesem Zweck aus? Ist nicht mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass das Gegentheil erreicht werden wird? Wer die Verhältnisse, wie sie sich in der Praxis gestalten, kennt, für den muss der Erlass des Polizeipräsidenten und der Minister den Eindruck machen, als sei er ersonnen, um eine weitere Verbreitung der Geschlechtskrankheiten möglichst zu fördern. Denn jeder venerisch Inficirte wird, wenn er weiss, dass das Damoklesschwert der polizeilichen Einmischung — bezw. seines militärischen Vorgesetzten — über ihm schwebt, im grossen Bogen um jede Arztwohnung und jedes Krankenhaus herumgehen und entweder die Heilung seiner erkrankten Genitalien der Natur überlassen oder sich vertrauensvoll an einen Curpfuscher wenden. Hier ist er vor der Polizei und vor dem Commandeur geborgen, denn der Curpfuscher ist keiner von den Pflichten des Arztes, also auch nicht der Anzeigepflicht unterworfen. Wie aber auf diese Weise die beabsichtigte Verhütung der Weiterverbreitung zu Stande kommen soll, das sind wir neugierig, uns von der Weisheit der Juristen erklären zu lassen. Doch vielleicht gelingt es doch, wenn wir nicht nur die Rolle des Angebers, sondern auch die eines Detectivs willig übernehmen, denn wir sollen ja auch noch auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung herrühre. Wir können uns für die gute Meinung bedanken, die uns neben ärztlichen Fähigkeiten auch noch den Spürsinn eines geübten Criminalisten zutraut. Die bedenklichste Frage ist aber die, ob uns die Befolgung der Bestimmung nicht in Conflict mit dem Strafgesetzbuch bringt. Abgesehen davon, dass für jeden ehrenwerthen Charakter eine Indiscretion, wie sie doch ohne Zweifel in der Anzeige liegt, sich von selbst verbietet, so wird ausserdem die Verletzung des Berufsgeheimnisses mit Gefängnissstrafe bedroht, allerdings nur der «unbefugte» Verrath solcher Geheimnisse. Aber gibt eine auf dem Verwaltungswege erlassene Vorschrift die Befugniss, eine gesetzliche Bestimmung zu verletzen? Das ist eine juristische Doctorfrage; und die Aussicht ist wenig verlockend, über die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung in der Stille der Gefängnissmauern nachzudenken. Wer die Scylla eines polizeilichen Strafmandats glücklich überwunden hat, mag zusehen, wie er der Charybdis einer richterlichen Verurtheilung entgeht. Der Lebenslauf eines jungen Mediciners kann sich aber in folgender Weise gestalten: Er hat das Glück, einen Patienten zu bekommen; nach sorgfältiger Untersuchung stellt er seine Diagnose, die auf eine venerische Erkrankung oder einen Folgezustand derselben lautet (also vielleicht progressive Paralyse oder Periostitis specifica oder Gonitis gonorrhoica). Flugs erinnert er sich des von 3 Ministern gegebenen Erlasses, wendet seinen ganzen Spürsinn auf und ermittelt die Person, von der (vielleicht vor Jahren) die Ansteckung ausgeht. Alsdann denuncirt er diese Person sammt seinem Patienten der Behörde.

Die Angeberei ist ihm zwar von Herzen zuwider und seinen Patienten ist er auf Nimmerwiedersehen los, aber er kann doch beruhigt schlafen, denn er hat das Bewusstsein, seine Pflicht gethan zu haben. Aber dann kommt der Staatsanwalt, mit dem § 300 des Strafgesetzbuches bewaffnet, und belehrt ihn eines Besseren. Was jedoch das Bessere ist, wird er vielleicht auch nach Verbüssung seiner Strafe noch nicht wissen. Plagen ihn dann noch Scrupel und Zweifel, so vertauscht er vielleicht den ärztlichen Beruf mit dem des Curpfuschers. Er ist dann von allen Verpflichtungen, die dem Arzte auferlegt sind, befreit und geniesst doch dieselben Rechte.

Denn selbst mit dem einzigen Recht, das wir vor dem Curpfuscher haben, das der Bezeichnung als Arzt, nimmt man es nicht sehr genau, sobald praktische Folgen daraus hergeleitet werden. Die ärztlichen Functionen bei den Behörden sollen nur Aerzten übertragen werden, und man sollte meinen, dass darunter nur solche Personen verstanden werden können, die das Recht haben, sich in Deutschland als Aerzte zu bezeichnen, d. h. die in Deutschland als solche approbirt sind. Aber wozu sind die Bestimmungen da, wenn sie nicht umgangen werden? In Folge der Unfähigkeit oder mangelhafter Instruction der Criminalbeamten sind einige sehr bedauerliche Missgriffe bei der Sittenpolizei vorgekommen. Statt aber die schuldigen Beamten gebührend zu bestrafen und die Andern gehörig zu instruiren, versucht man das Geschrei über die Verletzung des Schamgefühls (notabene des Schamgefühls der Prostituirten und solcher, die unter dem Verdachte stehen, es zu sein) auf andere Weise zu beruhigen. Es heisst, dass der Minister des Innern eine Verfügung erlassen habe, wonach eine «Aerztin und Sachverständigin» angestellt werden soll, welcher die Untersuchung der zum ersten Mal der Sittenpolizei eingelieferten Personen obliegt. Zwar gibt es in Deutschland keine «Aerztin» im Sinne des Gesetzes, aber nichtsdestoweniger sollen bereits Verhandlungen mit zwei in Berlin ansässigen, im Auslande approbirten Aerztinnen betreffs Uebernahme der Stellung angeknüpft sein. Die wissenschaftliche Befähigung der beiden Damen für diese Function mag ebenso zweifellos sein, wie die jedes andern an einer einwandsfreien Universität des Auslandes approbirten Arztes; aber die Anstellung steht in directem Gegensatz zu den gesetzlichen Bestimmungen, und es ist interessant zu sehen, wie uns auf der einen Seite neue Pflichten auferlegt werden, deren Erfüllung schier unmöglich ist, und auf der anderen Seite das einzige Recht, das wir dem Pfuscher gegenüber besitzen, verkümmert wird.

Ueber allzu grosses Wohlwollen von Seiten des Herrn Ministers des Innern können wir uns überhaupt nicht beklagen. Das zeigt auch seine Stellung zu den Unfallstationen, die übrigens im Gegensatz zu der seines Collegen von den Medicinalangelegenheiten steht. Während Herr v. Bosse seine Sympathien für die Rettungsgesellschaft durch Zeichnung eines namhaften Jahresbeitrages kundgab, während ferner die officiöse «Berliner Polit. Corresp.» sich sehr anerkennend über die hingebende Thätigkeit der deutschen Aerzte in der socialen Gesetzgebung ausspricht und zugleich vor einer Ueberschätzung der Unfallstationen warnt, erfährt man, dass Herr v. d. Recke dem Centralcomité der Unfallstationen beigetreten ist. Diese Thatsache hat der als Reclameheld bekannte Leiter der Unfallstationen natürlich weidlich ausgenutzt; aber er sollte es noch besser haben. Das Curatorium der Berliner Unfallstationen war in der Lage, den Zeitungen mitzutheilen, dass «auf Anregung der Reichs- und Staatsregierung jetzt auch an verschiedenen anderen Orten die Errichtung von Unfallstationen nach Art der Berliner in die Wege geleitet sei». Von den Organen der Staatsregierung kommen das Reichsversicherungsamt und das Ministerium des Innern in Betracht; und es muss im höchsten Grade auffallen, dass diese Behörden für die Förderung und Ausbreitung einer Institution Sorge tragen, gegen welche in der einzigen Stadt, in der sie bisher existirte, die Aerzte mit einer sonst so seltenen Einmüthigkeit Stellung genommen haben. Sollte sich jene Nachricht übrigens bestätigen, so wird es an der Zeit sein, dass die Aerzte in den Städten, denen die Unfallstationen zugedacht sind, aus dem Schaden der Berliner Collegen ihre Lehre ziehen und rechtzeitig sich gegen den geplanten Schlag zur Wehr setzen.

K.

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.

Sitzung vom 18. Juli 1898.

Vorsitzender: Herr Stintzing. Schriftf.: Herr Gumprecht.

1) Herr **Matthes** stellt einen Typhusreconvalescenten vor, bei welchem in der dritten Krankheitswoche sich die Erscheinungen eines **Pylorusabschlusses** eingestellt hatten.

Patient, der damals noch nicht völlig entfiebert war, fing an zu erbrechen, collabirte plötzlich tief und bot folgenden Befund: Bauch tief kahnförmig eingesunken, im oberen Theile desselben sieht man den prall gefüllten Magen in stürmischster peristaltischer Bewegung. Es wurde ein Magenschlauch eingeführt, durch den sich fast 1½ Liter schwärzlicher, neutral reagirender Flüssigkeit entleeren liessen, in welcher die chemischen Blutproben positiv ausfielen.

Unter Behandlung mit Reizmitteln erholte sich Patient, jedoch musste die Entleerung des Magens noch mehrere Male vorgenommen werden, da derselbe sich in relativ kurzer Zeit wieder füllte. Die Füllung des Magens rührte nicht, oder nur zu einem geringen Theil, von zugeführter Flüssigkeit her, sondern wurde vom Magen selbst geliefert. Patient erholte sich später völlig. Zur Zeit besteht keine Magenerweiterung, aber eine leichte Atonie mit geringer motorischer Insufficienz.

Vortragender hält eine durch Knickung oder Spasmus entstandene Pylorus- bezw. Duodenalstenose für wahrscheinlich. Gegen eine primäre toxische Atonie, durch welche Albu einen ähnlichen Fall zu erklären versucht hat, sprechen die lebhaften peristaltischen Bewegungen.

Der tiefe Collaps, die Schwere des ganzen Krankheitsbildes lassen den Fall als zu den acuten Dilatationen zählend ansehen. Wenn bei demselben es nicht zur Ausbildung einer wirklichen Dilatation kam, so muss das der wiederholten und energischen Entleerung mittels Sonde zugeschrieben werden.

2. Herr **Matthes: Ueber die Bremer'sche Reaction.**

Vortragender berichtet über klinische und experimentelle Untersuchungen, die Herr Hartwig unter seiner Leitung im Laboratorium der med. Klinik ausgeführt hat. Die genannte Reaction besteht bekanntlich in einer Aenderung des tinctoriellen Verhaltens der roten Blutkörperchen bei Diabetes: Die Erythrocyten färben sich nicht mehr mit sauren Farbstoffen, sondern nehmen in einem Farbgemisch, beispielsweise Eosin-Methylenblau, die basische Farbe an.

Es wurde mit den verschiedenen von Bremer und Guff angegebenen Farbenmischungen untersucht.

Bei 9 Diabetikern erwies sich die Reaction als constant, wenn im Urin Zucker vorhanden war, dagegen verschwand die Reaction, wenn durch ein diätetisches Regime der Harn zuckerfrei wurde. Auch bei einer durch reichliche Zuckerfütterung hervorgerufenen, alimentären Glykosurie (Versuchsthier: Hund) trat die Reaction prompt ein und verschwand mit dem Aussetzen der Zuckerfütterung. Nicht diabetische Patienten wurden im Ganzen 30 untersucht und dabei Constitutionskrankheiten bevorzugt, beispielsweise 3 Fälle von Leukaemie, 4 von Morbus Basedow. Es war die Reaction positiv bei einer Leukaemie, einem Basedow, einem Fall von multipler Neuritis, sowie bei einem Gesunden. Bei allen diesen war die Reaction aber nicht constant und fiel bei Wiederholungen der Untersuchung später negativ aus.

Versuche über die Ursachen der Reaction liessen erkennen, dass Behandlung mit Säuren oder Basen die Färbbarkeit der Erythrocyten zwar verändert, aber nicht in constanter Weise. Dagegen gelang es mit Sicherheit nachzuweisen, dass sowohl directe Behandlung des nicht fixirten Blutes mit Zuckerlösungen, als auch subcutane und intravenöse Injectionen von Traubenzucker die Reaction hervorrufen. Beim Phloridzindiabetes ist die Reaction dagegen, entsprechend der fehlenden Steigerung des Traubenzuckergehaltes im Blute, negativ. Es konnte des Weiteren nachgewiesen werden, dass das Haemoglobin als solches der Träger der Reaction ist. — Sowohl Haemoglobinkrystalle, als Haemoglobinlösungen geben die Reaction, wenn man dieselben vorher mit Zuckerlösungen behandelt hat. Interessant war, dass die Haemoglobinlösungen auf einen Zuckergehalt von gegen 0,2 Proc. gebracht werden mussten, um die Reaction zu geben (0,2 Proc. ist bekanntlich die obere physiologische Grenze des Traubenzuckergehaltes im Blute).

Vortragender hält deswegen die Reaction im Diabetesblute für eine durch den Traubenzucker bedingte und nicht etwa für eine, wie ja verführerisch wäre anzunehmen, durch eine primäre Schädigung des Haemoglobins hervorgerufene.

Für den positiven Ausfall der Reaction bei nicht Diabetischen fehlt vorläufig jede Erklärung.

Die Arbeit Hartwig's wird im Archiv für klinische Medicin in extenso veröffentlicht werden.

3) Herr **Krause: Eine seltene Form von kleinen epileptischen Anfällen.**

Es gibt kleine epileptische Anfälle, bei denen nur motorische Störungen auftreten, entweder in Form von Krämpfen oder momentanen Erschlaffungen. Anfälle der letztgenannten Art sind sehr selten, und soweit Vortragendem bekannt, in der Literatur nicht beschrieben.

Dieselben lassen sich sehr schön beobachten an 2 Patienten der psychiatrischen Klinik zu Jena.

Der erste Fall betrifft einen 28jährigen Mann, welcher seit 1883 an Epilepsie leidet. Derselbe hat neben typischen noch rudimentäre kleine Anfälle, die darin bestehen, dass er in den Knien plötzlich einknickt oder nach einer Seite sinkt oder hinstürzt, oder die Arme ihm plötzlich herabfallen, ohne dass, wie durch genaueste Beobachtung festgestellt ist, das Bewusstsein schwindet oder auch nur getrübt ist. Die Anfälle dauern ½—1 Secunde. Ab und zu sind die Anfälle, welche ohne Aura und Folgeerscheinungen verlaufen, gemischt mit leichten Krampferscheinungen in von der Erschlaffung nicht befallenen Muskelgruppen. Diese Anfälle sind zeitweise sehr häufig und treten mit Vorliebe serienweise auf.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein 7jähriges an Epilepsie auf dem Boden von Syphilis hereditaria leidendes Kind. Vollständige Anfälle sind bei ihm sehr selten, um so häufiger rudimentäre (insbesondere die sogenannten Salaamkrämpfe) und kleine. Unter letzteren treten sehr selten (5mal während einer 8wöchentlichen Beobachtung) Anfälle auf, die sich lediglich im Einknicken in den Knien oder Hinfallen des ganzen Körpers oder Herunterfallen der Arme äussern, ohne dass das Bewusstsein gestört ist. Die Anfälle dauern höchstens 1 Secunde.

Nach der von Hugley Jackson aufgestellten, von Gowers modificirten und neuerdings von Binswanger ausgestalteten Theorie der Epilepsie muss man die mitgetheilten Anfälle als durch inhibitorische Entladungen bedingt ansehen, welche lediglich die psychomotorische Region der Grosshirnrinde, bezüglich einen Theil derselben betreffen, und die übrige Hirnrinde verschonen. Bei einem Theil der Anfälle spielen auch Erregungsentladungen offenbar mit, wie sie in den, die Muskelerschlaffungen begleitenden Zuckungen zum Ausdruck gelangen.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines).

Sitzung vom 18. April 1898.

Vorsitzender: Herr Keller; Schriftführer: Herr Mies.

1. Herr Jakob **Klein II** stellte einen 12jährigen Knaben vor, der die Kiefer nur so weit zusammenzubringen vermochte, dass man zwischen die Schneidezähne noch den Zeigefinger einführen konnte. Ein Zahnarzt hatte bereits 2 obere und 2 untere Mahlzähne ohne Erfolg gezogen. Das Hemmniss lag in der Kieferbildung, indem der sehr verkürzte aufsteigende mit dem wagerechten Aste einen ungemein stumpfen Winkel bildete.

2. Herr **Kuznitzky** stellt einen Fall von **Molluscum contagiosum** vor. Die Efflorescenzen sitzen am Hals eines 16jährigen Mädchens. Erwähnenswerth ist die bestimmte spontane Angabe der Patientin, dass sie an der Stelle, wo später die Efflorescenzen entstanden, wiederholt von einem jungen Hunde geleckt worden sei. — Vortragender skizzirt an der Hand von mikroskopischen Präparaten den Entstehungsmodus der Molluscumefflorescenz, ohne jedoch näher auf histologisches Detail und auf die Frage nach der Natur der Molluscumkörperchen einzugehen, die, wie Vortragender bereits 1895 ausgeführt hat (Archiv f. Dermatologie und Syphilis, Bd. XXXII), seiner Ansicht nach nicht Coccidien enthalten, sondern als das Product einer Zelldegeneration aufzufassen sind. Frisch ausgedrückter Molluscumbrei zeigt unter einem der aufgestellten Mikroskope ohne weiteren Zusatz die charakteristischen Molluscumkörperchen, die in atypischen, differentialdiagnostisch etwa unsicheren Fällen absolut beweisend sind.

Sitzung vom 25. April 1898.

Vorsitzender: Herr Keller; Schriftführer: Herr Mies.

Herr **Sjöström: Vorführung einer Somnambulen.**

Nach kurzen einleitenden Worten, worin Vortragender nochmals darauf hinweist, dass das dankbarste Feld der hypnotisch-suggestiven Behandlung im Gegensatz zu einer bei Laien und Aerzten leider immer noch vielfach verbreiteten Ansicht nicht die Hysterie und Neurasthenie, vielmehr sonstige leichtere functionelle Störungen bei im Uebrigen nicht allzu nervösen Personen bilden, woraus aber gegentheilig nicht geschlossen werden dürfe, dass bei

erstgenannten Leiden die Hypnotherapie nun überhaupt ohne Einfluss sei, stellt er eine Patientin vor, welche, aus hereditär schwer belasteter Familie stammend, seit 20 Jahren an hysterischen Krämpfen und spontanem Somnambulismus leidet. Sie wurde, nachdem alle nur denkbaren Behandlungsmethoden ohne Erfolg an ihr versucht, 14 Tage lang täglich, dann weitere 2 Wochen nur noch ab und zu einmal hypnotisirt und ihr die geeigneten Heilsuggestionen ertheilt. Die Anfälle, die früher täglich mehrmals auftraten, sind seit dem ersten Behandlungstage nicht wiedergekehrt, und die Patientin, welche auch schon längere Zeit ganz aus der Behandlung entlassen ist, muss als von ihrem langjährigen Leiden geheilt betrachtet werden. Dieselbe wird vor der Versammlung hypnotisirt, verfällt sofort in das tiefste somnambule Stadium, und es werden nun unter Vermeidung jedes nur auf Erregung von Sensation hinzielenden Experimentes an ihr Katalepsie, automatische Bewegungen, Anaesthesie, positive wie negative Hallucinationen demonstrirt, endlich ein posthypnotischer Auftrag ertheilt, der auch noch im Laufe der Sitzung ausgeführt wird.

Sitzung vom 9. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Bardenheuer. Schriftführer: Herr Mies.

Herr **Leichtenstern** spricht auf Grund eines zweiten von ihm beobachteten Falles (der erste derselben ist in der Deutsch. med. Wochenschr. 1891, No. 14 veröffentlicht) über **spastische Stenose der Cardia mit consecutiver Erweiterung der Speiseröhre und über die vermeintlichen, sogenannten tiefsitzenden Divertikel des Oesophagus.** (Der Vortrag wird ausführlich erscheinen.) Ferner:

Ueber den latenten Oesophaguskrebs.

L. zeigt an einer Reihe klinisch und anatomisch eingehend untersuchter Fälle, dass die völlige Latenz des Oesophaguskrebses (Fehlen aller Schlingbeschwerden und eines Sondirungshindernisses) nicht so selten ist, als man allgemein anzunehmen scheint. Die Vorstellung, dass schon ein relativ kleiner Krebsherd der Speiseröhre, bei den Kaliberverhältnissen derselben, Schluckbeschwerden hervorrufe, ist durchaus unrichtig. Im Gegentheil können umfangreiche Krebstumoren ohne alle Erscheinungen von Dysphagie vorhanden sein. Wie sich L. in einer ganzen Reihe derartiger Fälle anatomisch überzeugte, tritt die Latenz unter solchen Umständen dann ein, wenn der Speiseröhrenkrebs, gleichgiltig wie gross seine Längsausdehnung ist, in der ganzen Länge noch einen kleinen, etwa 1 cm breiten Theil der Oesophagusschleimhaut freilässt. Durch diese schmale, sehr dehnbare, krebsfreie **Rinne** gleiten die Ingesta ohne Hinderniss in den Magen, und auch die Oesophagussonde geht mit Vorliebe diesen Weg des geringsten Hindernisses. Der Oesophaguskrebs macht um so früher Schlingbeschwerden, je früher er die **ganze** innere Peripherie der Speiseröhre in Beschlag genommen hat. L. demonstrirt das frische Präparat eines derartigen Falles, wo trotz einer Längsausdehnung des Carcinoms von 9 cm bis zum Tode niemals die geringsten Schluckbeschwerden bestanden, weil eben eine noch 1 cm breite Rinne der Oesophagusschleimhaut in der ganzen Längsausdehnung des Carcinoms vom Krebs verschont geblieben ist.

Sitzung vom 23. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Keller. Schriftführer: Herr Mies.

1. Herr **J. Schmidt** demonstrirt einen **Uterus myomatosus duplex.**

Das stark kindskopfgrosse Präparat stammt von einer 42jähr. Frau, bei welcher der Vortragende am 4. April 1898 wegen starker Blutungen und heftiger Schmerzen die Laparotomie ausführte. Bei der supravaginalen Amputation des Uterus zeigte es sich, dass 2 getrennte, ca. 1 cm von einander entfernt liegende Cervicalhöhlen vorhanden waren. Am Präparate entsprechen demselben 2 vollständig getrennte Uterushöhlen, zwischen welche sich das Hauptmyom — es sind noch verschiedene kleinere Knoten vorhanden — symmetrisch hineinschiebt. Da nur ein äusserer Muttermund vorhanden ist, so handelt es sich um ein Uterus myomatosus subseptus uniforis. Fälle von Uterusverdoppelung und gleichzeitiger Geschwulstbildung sind ausserordentlich selten, namentlich solche, in welchen, wie im vorliegenden, die Geschwulstbildung für die Uterusverdoppelung von genetischer Bedeutung ist. Der Fall soll ausführlich veröffentlicht werden.

2. Herr **O. Wolff**: a) **Hypertrophie des mittleren Prostatalappens.**

Das Präparat stammt von einem 50jähr. Manne, der wegen Urinretention im Bürgerhospital aufgenommen wurde und an hypostatischer Pneumonie starb. Der mittlere Lappen hat die Grösse einer Kirsche und ragt gestielt in's Blasenlumen hinein. Die Urinretention wird dadurch erklärt, dass der gestielte Lappen bei gefüllter Blase den Blasenhals ventilartig verlegt.

b) Kurze Besprechung einer **Rückenmarksverletzung** mit Demonstration des Sectionspräparates.

Aus den klinischen Erscheinungen müsste eine Querlaesion des 6. Dorsalsegments angenommen werden; bei der Autopsie fand sich nur eine partielle Markverletzung. Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 23. Juni 1898.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Vor der Tagesordnung berichtet Herr Sendler über ein neues, von ihm eingeschlagenes Verfahren zur Heilung der habituellen Schulterluxation, das an anderer Stelle veröffentlicht werden wird, und stellt einen geheilten Kranken vor.

Sodann folgt der angekündigte Vortrag des Herrn **Tschmarke: Ueber die modernen therapeutischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Prostatahypertrophie, speciell die sexualen Operationen.** (Autoreferat.)

Vortragender gibt eine ausführliche Darstellung des jetzigen Standes der therapeutischen Bestrebungen auf dem Gebiete der Prostatahypertrophie. Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie der Prostata, wobei auch die Guyon'sche Lehre vom Prostatismus berücksichtigt wird, kommt Vortragender auf die innigen Wechselbeziehungen zu sprechen, welche zwischen der Prostata und den männlichen Geschlechtsdrüsen bestehen. Die Annahme derselben stützt sich zum Theil auf zufällige Befunde, wie sie an Leichen von in ihrer Jugend castrirten Personen gemacht wurden, zum Theil auch auf Beobachtungen aus dem Thierreich zufälliger und experimenteller Art. Er ist dabei der Zusammenstellung dieser Befunde gefolgt, welche Englisch in der Wiener med. Wochenschr. 1897 gegeben hat. Die Erwägungen, welche sich aus solchen Befunden ergaben, brachten den Amerikaner White und den Norweger Ramm gleichzeitig und unabhängig von einander auf den Gedanken, die hypertrophische Prostata durch Castration zur Verkleinerung zu bringen und damit die Leiden der Prostatiker zu heilen. Aus der ungeheueren Menge der in letzter Zeit veröffentlichten Fälle und Arbeiten über diesen Gegenstand werden gewissermaassen als Paradigma die vier von Bruns in den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie im Jahre 1896, Bd. I beschriebenen Fälle ausführlich wiedergegeben und sodann die grösseren Statistiken einzelner Autoren besprochen.

Die in Folge der Castration auftretenden psychischen Störungen und Einflüsse führten zu den Ersatzoperationen, welche der Reihe nach aufgezählt und kritisch besprochen werden: Die Semicastration, die sich als unsicher erwies; die Durchschneidung des ganzen Samenstranges, welche zuweilen Gangraen der Hoden verursachte; die doppelseitige Ductusresection, wie sie von Isnardi in Turin, von Helferich und Lennander wohl gleichzeitig und oft mit Erfolg angewendet wurde.

Zur Erklärung der von den meisten Autoren berichteten Verkleinerungen der Prostata, unmittelbar oder einige Zeit nach der Operation, muss wohl die Verminderung des Blutgehalts der Prostata herangezogen werden, die Decongestion derselben, die zum Theil recht complicirten Erklärungen für diese Depletion der Drüse erfahren gleichfalls eingehende Besprechung, beruhen wohl aber auf noch nicht feststehenden anatomischen Thatsachen, sondern sind Theorien.

Als Gegner der sexualen Operation traten zuerst Czerny und Socin auf, welche ganz im Gegensatz zu den meisten Anderen gar keine Erfolge sahen. Beide Autoren erinnern daran, wie schwer der Grössenachweis der normalen Prostata im Leben ist, und wie leicht man sich Täuschungen hingeben kann, indem der Wunsch, eine Verkleinerung zu fühlen, suggestiv auf den Untersucher einwirkt. Eine ganz ungünstige Statistik ist neuerdings von Hofmann aus der Breslauer Universitätsklinik hervorgegangen: « Man solle nur noch operiren, wenn der Kräfte-

zustand es erlaubt, wenn keine Entzündungen der aufsteigenden Harnwege vorhanden sind und wenn noch Hoffnung besteht auf eine Wiederherstellung der Blasenfunction!»

In solchen Fällen, meint Vortragender, kommt man aber auch mit den bisher gebräuchlichen Mitteln aus, wenn man sie nur sorgfältig und rationell anwendet. Eine Herabminderung des Residualharns erreichte man auch früher schon. In fast allen veröffentlichten Fällen mit günstigem Erfolge ist aber entweder gar keine Angabe über den Residualharn vorhanden, oder es blieb solcher in mehr oder weniger grosser Menge zurück, um von Neuem Cystitis u. s. w. zu veranlassen.

Die Schlussfolgerungen des Vortragenden gipfeln darin, dass er sagt: die sogenannten sexualen Operationen haben durchaus nicht den Erwartungen entsprochen, welche man zunächst an sie knüpfen durfte. Die theoretischen Begründungen hinken vielfach, da die Nichtentwicklung der Prostata nach Castration in der Jugend bei Thier und Mensch nicht mit dem gewünschten Schwund einer hypertrophischen Vorsteherdrüse in Analogie gebracht werden kann. Auch sind die Erfolge bei näherer Beleuchtung so mangelhaft, zumal sie die Bedingungen, welche man an Heilung des Prostatacidens stellen muss, in keiner Weise erfüllen, vielmehr die mit den bisherigen palliativen Behandlungsweisen erzielten Resultate durchaus nicht übertreffen, dass Vortragender nicht im Stande ist, irgend einem Kranken ernsthaft den Vorschlag einer sexualen Operation zu machen. Zum Mindesten muss die Indicationsstellung eine viel strengere werden als bisher.

Nach diesen Ausführungen bespricht Vortragender noch die gleichfalls als sexual zu bezeichnende Bier'sche Operation, die er nach den immerhin zahlreichen Misserfolgen verwirft, und die Operationen, welche die Prostata selbst angreifen, Prostatomia und Prostatectomia perinealis und suprapubica, endlich die Punction der Blase.

Als einen grossen Fortschritt bezeichnet er die Bottini'sche Operation. Auch weist er auf ein altes Palliativum hin, die Massage der Prostata vom Mastdarm aus, welche gute Resultate aufzuweisen hat, und auf die Fütterung mit Prostatasubstanz, wie sie Reinert vorgeschlagen hat.

Zum Schluss demonstrirt Vortr. das Bottini'sche Instrument mit der Modification von Freudenberg, und die Geschlechtsorgane eines Ochsen und eines Stieres, welche er aus der Magdeburger Centralschlachthalle erhalten hatte. Die drüsigen Bestandtheile der Prostata bei den Rindern sind so klein, dass man sie kaum mit einer Lupe als solche erkennen kann. Dagegen ist der Wilson'sche Muskel in der That beim Stier doppelt so gross und stark als beim Ochsen. Eine Prostata in dem Sinne, wie wir sie bei Pferden, Hunden und beim Menschen haben, besitzen die Rinder überhaupt nicht. So sehr der Vortr. die Ansichten Socin's in seinem Vortrage vertritt, muss er sich mit seiner Demonstration in einen gewissen Widerspruch setzen zu dem, was Socin gelegentlich des Chirurgencongresses zu Berlin 1897 ausführt: Die Unterschiede der Vorsteherdrüse bei Hengst und Wallach sind ganz bedeutend und sofort in die Augen fallend, den Thierärzten und Schlachthausleitern auch längst bekannt. Bei Rindern ist es sehr schwierig, die Prostatadrüse, welche nur aus einer einzigen Schicht kleinster Drüsenläppchen rings um die Harnröhre besteht, zu Gesicht zu bringen. Der musculäre Theil dieses Harnröhrenanfangs überwiegt kolossal und ist bei Stieren bedeutend stärker entwickelt als beim Ochsen, wie auch die vorgelegten Präparate zeigten, welche beide jungen und besonders kräftigen Thieren entstammten.

An den Vortrag schliesst sich eine lebhafte Discussion, an welcher sich die Herren Sendler, Heinecke, Martin und der Vortragende betheiligen.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 3. März 1898.

Vorsitzender: Herr Goldschmidt.

1. Herr **Sigm. Merkel** bringt eine Arbeit aus dem Weigle'schen Privatlaboratorium zur Kenntniss: **Der Bacteriengehalt im Schwimmbassin des Ludwigsbades zu Nürnberg.** Dieselbe erscheint in extenso in der Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel etc. Merkel kommt ähnlich wie Hesse zu dem Resultate, dass die Bacterienzahl rapid bis zum dritten Tag Abends zunimmt, um dann wieder abzunehmen. Die Zahl der Bacterien steigt jedoch nicht zu der Höhe, wie ein zur Controle in einem Glase gehaltenes Wasser. Die Ursachen, auf welche die Abnahme der Bacterienzahl zurückzuführen ist, dürften ähnliche wie bei der Selbstreinigung der Flüsse sein. Die Sedimentirung, das mechanische Niederreissen der Bacterien und ihr Kleben an dem Schmutz, der zu Boden sinkt und an den Wänden sich festsetzt, die Durchlüftung des Wassers, die Erschütterung des Bassininhalts, die fortwährend erneute Zufuhr und Verdünnung des Wassers mögen die ausschlaggebenden Momente sein, welche den Bacteriengehalt des Wassers ändern.

Der Betrieb der Badeanstalt, die dort geltenden, für die Benützung des Bassins aufgestellten Vorschriften, die Frequenz der Badenden, die Art der Erwärmung des Wassers, die Quantität desselben, sowie die Quantität des Zuflusses, sowie schliesslich die Häufigkeit der totalen Erneuerung des Wassers werden genau mitgetheilt.

2. Herr **Goldschmidt: Fall von Parotitis epid. mit tödtlichem Ausgang.**

Am 9. Februar d. J. wurde ich zu dem 39 Jahre alten Herrn L. Z. gerufen. Patient war mir seit Jahren wohl bekannt; er war stets gesund gewesen, nur litt er des Oefteren an acuter Laryngitis und chronischer Pharyngitis bei gleichzeitig bestehender starker Verengerung der l. Nase durch eine Deviatio septi; wegen dieser Beschwerden wurde er wiederholt vorübergehend von Herrn Collegen Bauer behandelt. Seit einigen Tagen klagte Patient jetzt über Kopfschmerzen und leichte Fiebererscheinungen und bei dem Mangel jeden objectiv nachweisbaren Symptoms glaubte ich am ersten Tage an die Möglichkeit einer Influenza denken zu müssen. Als ich den Kranken am nächsten Tage wieder sah, fand sich vor und unter dem l. Ohre eine diffuse, in geringem Grade bei der Palpation schmerzhafte Anschwellung der Parotis, die an demselben Tage stetig zunahm und zu einer typischen Parotitis führte; das Allgemeinbefinden war trotz bestehenden Fiebers, das aber 39° nicht überschritt, ein gutes, so dass Patient ausser Bett blieb und bei meiner Mittheilung, dass er wenigstens 8—10 Tage zu Hause bleiben müsse, sich entschloss, seine chronische Pharyngitis, die ihm z. Zt. grössere Beschwerden bereitete, von Herrn Collegen Bauer behandeln zu lassen.

Ich darf hier einschalten, dass ich an demselben Tage einen Commis des Patienten, der gleichfalls an typischer Parotitis erkrankt war, in Behandlung bekam.

Bei der Tags darauf, also am 11. II. Vormittags vorgenommenen Untersuchung fand College Bauer die schon erwähnte Deviatio septi und zähe Schleimmassen in der Nase, deren Entfernung dem Patienten Beschwerden bereitete; Rachen und Kehlkopf waren frei von jeder entzündlichen Erscheinung, Schwellung und dergl. Auf Ausspülungen mit Lösungen von Natr. carb. konnte am 12. II. früh wesentliche Besserung constatirt werden.

Die Anschwellung der Parotis hatte am 11. II. ihren Höhepunkt erreicht und ging am 12. bereits etwas zurück. Das Allgemeinbefinden war gut, Patient war am 12. Vormittags fieberfrei. Am 12. Abends wurde College Bauer wieder gebeten, da angeblich ein Schleimklumpen fest im Halse steckte und nicht entfernt werden konnte; es fand sich am Larynxeingang eine ziemliche Menge zähen Schleimes, nach dessen Entfernung ein durchschimmerndes Oedem der l. Aryepiglottisfalte sichtbar wurde. Dabei bestand Temperatursteigerung über 39°.

Als Sonntag den 13. früh College Bauer den Patienten wieder untersuchte, war das Oedem fast völlig verschwunden. Eine Ursache für dasselbe konnte nicht nachgewiesen werden. Da zugestandenermaassen behufs leichterer Expectoration sehr heisse Milch wiederholt getrunken worden war, glaubte College Bauer eine leichte Verbrennung der Schleimhaut als wahrscheinliche Ursache annehmen zu dürfen.

Ich selbst fand am 13. früh den Kranken nach einer schlaflosen Nacht zu Bette mit einer Temperatur von 39,5° (Achselhöhle). Die Schwellung der l. Parotis war zurückgegangen, die Palpation derselben nicht schmerzhaft; auch subjective Beschwerden bestanden nicht. Die Untersuchung der übrigen Organe ergab ein völlig negatives Resultat. Puls war stets gut, voll und gleichmässig. Am Abend desselben Tages war die Temperatur 39,8, gleichzeitig bestanden stärkere Diarrhoen. Das Aussehen derselben erinnerte an Typhusstühle.

Die folgende Nacht verlief sehr unruhig mit hohem Fieber und gleichzeitigem Schweisse. Am 14. früh Temperatur 40,5 Achsel; leichte Delirien mit Diarrhoen. Objectiv nichts nachweisbar; die linksseitige Parotitis war noch mehr zurückgegangen, deren Palpation in keiner Weise schmerzhaft. Es bestanden keine Fröste; das Abdomen war aufgetrieben, das Zwerchfell stand sehr hoch.

Ich glaubte an das gleichzeitige Vorhandensein eines Typhus denken zu müssen und bat, da Patient den Eindruck eines Schwerkranken machte, Herrn Med.-Rath Merkel um seinen Rath. Auch er konnte bei genauester Untersuchung Mittags um 12½ Uhr ausser den erwähnten Erscheinungen nichts nachweisen.

Auffallend war auch ihm das Vorhandensein von Schweiss bei einer Achseltemperatur von 40°.

Als ich Nachmittags um 4 Uhr den Kranken wieder sah, bestanden heftigste, furibunde Delirien, die bis gegen Abend 7 Uhr fortdauerten, um dann einer tiefen Benommenheit Platz zu machen, welche dann unter den Erscheinungen der Herzschwäche Abends 10 Uhr zum Exitus letalis führte.

Diesen foudroyanten Verlauf der ursprünglich leichten Erkrankung konnte ich nur mit der Annahme einer Septicaemie mir erklären, doch war aus den Symptomen der Ausgangspunkt dieser durchaus unerklärlich.

Bei der am folgenden Tage Nachmittags vorgenommenen Section konnte in den Organen der Brust- und Bauchhöhle nichts Abnormes nachgewiesen werden und ich wollte mich schon mit der Annahme einer kryptogenetischen Septicaemie beruhigen, als die Neugierde mich trieb, doch einmal die erkrankte Parotis anzusehen, da ich eine solche noch nie auf dem Sectionstische zu sehen Gelegenheit hatte; ich fand diese in toto vergrössert, das Gewebe geröthet und im Innern derselben einen etwa kirschkerngrossen Abscess mit gelb grünem zähflüssigem Eiter.

Es unterliegt nach diesem Befunde nun keinem Zweifel, dass dieser Eiterherd der Ausgangspunkt der Septicaemie gewesen ist.

3. Herr **König** berichtet **über einen Fall von eingeklemmter Gelenkmaus.**

3. Herr **Hepp** theilt die Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles von **Leberechinococcus** mit.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 16. Juli 1898.

Die Artischoke als Nährmedium.

Roger hat auf Artischokenstücken verschiedene Bacterien- und Hefearten gezüchtet und unterscheidet sie in solche, welche dabei die Farbe der Pflanze nicht verändern und in solche, welche ihr ein oft sehr ausgeprägtes Grün verleihen. Besonderes Interesse bieten der Typhusbacillus und der Bac. coli; der erstere entwickelt sich ohne Farbenveränderung in mikroskopisch sichtbaren Colonien, letzterer gibt eine schon nach 24 Stunden erkennbare Grünfärbung, so dass die Züchtung auf Artischoken ein neues wichtiges Differenzirungsmittel für diese beiden so ähnlichen Mikroorganismen darstellt. Die Bildung der grünen Farbe ist auf eine Färbesubstanz der Artischoken zurückzuführen, welche sich bei Anwesenheit des Bac. coli oxydirt.

Ueber Verruga peruviana.

Unter diesem Namen existirt eine in Peru, besonders in der Umgebung von Lima, endemische, Menschen und Rindvieh befallende, chronische Hauterkrankung, welche durch Wucherungen in der Grösse einer Erbse bis zu der einer Orange hauptsächlich charakterisirt ist. Diese Gebilde sind schmerzlos, können auch die Schleimhäute, selten die der Eingeweide, befallen und manchmal sich entzünden und ulceriren. Maurice Letulle nahm nun an 12 ihm übersandten Tumoren dieser Art histologische Untersuchungen vor; dieselben zeigen eine Proliferation der Gefässe und des Haut- und Unterhautbindegewebes, wo jede Spur der normalen Structur, Talg-, Schweiss-Drüsen und Haarfollikel verschwunden ist. Diese Veränderungen sind also verschieden von dem gewöhnlichen Hautpapillom. Die Verrugawucherungen schliessen einen speciellen Bacillus ein, welcher dem Koch'schen Tuberkelbacillus sehr ähnelt, während die histologische Structur durch die Abwesenheit von Riesenzellen und käsigen Häufchen völlig von der des typischen Tuberkels abweicht. Bei den entzündeten und ulcerirten Tumoren findet man auch Staphylo- und Streptococcen. St.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 19. Juli 1898.

Die Toxine des Tuberkelbacillus und die tuberculöse Pneumonie.

Unter den zahlreichen Toxinen, welche der Tuberkelbacillus secernirt, befindet sich eines, welches Auclair besonders eingehend studirt hat, das Aetherextract des vom Menschen stammenden Tuberkelbacillus, von ihm daher Aetherobacillin genannt. Es stellt die von dem Bacillus secernirte Fettsubstanz dar und gehört zu den local wirkenden Giften desselben. A. glaubt, dass diese Substanz hauptsächlich, wenn nicht ausschliesslich, die tuberculöse Eiterung, Hepatisation und Verkäsung hervorrufe. Verschiedene Thierversuche, welche A. anstellte, scheinen zu Gunsten seiner Theorie zu sprechen und zu beweisen, dass die genannten tuberculösen Processe das Werk des Tuberkelbacillus und nicht von Associationsmikroben seien. Auch das Chloroformextract, Chloroformobacillin genannt, hat ähnliche Wirkung wie das Aetherextract, unterscheidet sich aber von letzterem dadurch, dass bei den typischen durch Einimpfung des Chloroformextracts erzeugten tuberculösen Pneumonien wirkliche Riesenzellen vorhanden sind, welche beim Aetherextract stets fehlen.

Die Tuberculose bei der Marine.

Nach einer Statistik, welche Vincent über die Tuberculose in der französischen Marine vom Jahre 1888—1897 anstellte, ist beinahe die Hälfte der Todesfälle (46,8 Proc.) durch diese Krankheit bedingt. Das Verhältniss ist grösser bei den Unterofficieren und im Allgemeinen bei den Leuten, welche durch ihre Beschäftigung gezwungen sind, fast immer im Inneren des Schiffsraumes sich aufzuhalten (Mechaniker und Heizer). Roy de Mericourt, der Berichterstatter, dringt daher darauf, dass bei der Marine ebenso prophylaktische Maassregeln zu treffen sind wie beim Landheere, bei der Einstellung schon sorgfältige Auswahl zu halten, Ueberfüllung der Räume und Ueberanstrengung zu vermeiden und besonders gegen den Alkoholismus anzukämpfen ist.

Elektrische Behandlung des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren.

Larat hatte in 23 Fällen ebensoviele Erfolge. Die beste Methode ist die Galvanisation der Pneumogastrici und zwar die bipoläre, mit welcher die Ausnützung der Ströme am ergiebigsten möglich ist. Die weiteren Angaben beziehen sich auf die Dosirung, Dauer, Zahl der Sitzungen u. A. m. St.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Akademie der Physiokritiker in Siena.

Sitzung vom 28. Mai 1898.

Martini erwähnt seine unter der Leitung Morpurgo's gewonnenen Resultate und **Experimentaluntersuchungen über Einheilung von Knochen in Knochenlücken.** Nur die Einpflanzung kalkhaltigen Knochens ergab eine schnelle und vollständige Knochenneubildung, nicht die von entkalktem Knochen.

Morpurgo weist auf seine bereits vor 9 Jahren veröffentlichten Untersuchungsresultate über **Verkleinerung der Zellkerne bei der Inanition** hin. Dieselbe ist am besten zu verfolgen bei dem Kern der Leberzelle. Gegen eine gleiche Veröffentlichung des russischen Autors Lokianow wahrt M. seine Priorität.

Medico-chirurgische Akademie zu Palermo.

Sitzung vom 3. April 1898.

Ueber Anfälle von Weinen, Lachen und Blöken bei Cerebral-Hemiplegikern. Rummo, der einen frischen Fall mit Autopsie zu beobachten Gelegenheit hatte, lenkt die Aufmerksamkeit der Neurologen auf die Thatsache, dass diese Erscheinungen nicht bedingt waren durch eine destructive Laesion des Thalamus opticus. Es handelte sich um Degeneration des Pyramiden-Bündels, welche durch den Bulbus, die Brücke, die Pedunculi und die Capsula interna zu verfolgen war.

De Dominicis: Weitere Experimentaluntersuchungen über den Diabetes pankreaticus.

Nach der Exstirpation des Pankreas erfolgt häufig Glycosurie und Diabetes, häufig Diabetes ohne Glycosurie. Erfolgt die Glycosurie bei den des Pankreas beraubten Hunden, weil die äussere Secretion, oder weil die innere des Pankreas fehlt? Ist bei dieser Glycosurie eine Vermehrung des Zuckers im Blut vorhanden und auf Kosten welchen Stoffes bildet sie sich? Neuerdings ist die Wichtigkeit der Niere in der Zuckerproduction in den Vordergrund geschoben. So nimmt u. A. Lépine einen Diabetes renalis an, bei welchem die Niere im Stande ist, Zucker zu bilden.

Um festzustellen, ob das Fehlen der äusseren Secretion des Pankreas Diabetes verschuldet, entfernte D. die Pars duodenalis des Pankreas. Es erfolgte Diabetes, aber nicht immer. In diesen negativen Fällen hat sich wahrscheinlich die Bildung neuer Ausführungsgänge des Pankreas nach dem Duodenum nicht verhindern lassen.

In einer andern Reihe von Fällen exstirpirte D. das Pankreas und fixirte dasselbe im subcutanen Bindegewebe; auch in diesen Fällen erfolgte regelmässig Diabetes.

Die Exstirpation des Pankreas führt zu einem schnellen Verfall des Organismus, welcher nicht mit dem durch Hungern zu vergleichen ist. Es ist anzunehmen, dass diese Drüse zymotische Substanzen erzeugt, welche dazu bestimmt sind, das chemische und histologische Gleichgewicht des Organismus aufrecht zu erhalten.

Bezüglich der Frage, ob der Zucker im Blute vermehrt ist, untersuchte D. diabetische Menschen und Thiere unter den verschiedensten Bedingungen. Er constatirte in allen Fällen während der Glycosurie Vermehrung des Zuckers im Blute und zwar in den Venen viel mehr, als in den Arterien, ein Beweis, dass er sich auf Kosten des Stoffwechsels gebildet hat.

In den Lebervenen ist der Zuckergehalt geringer als in der Vena portae.

In den Nierenvenen ist er geringer als in den Nierenarterien, die Niere hat also einen Theil des Zuckers ausgegeben.

D. hat bei einem des Pankreas beraubten Thiere eine Niere exstirpirt und die Glycosurie sich vermindern sehen, ebenso sah er Verminderung bei Unterbindung der Nierenvene. Diese Thiere verlieren eine grosse Menge von Schwefel und Phosphor. Injection von schwefel- und phosphorhaltigem Serum ist im Stande, für wenige Tage die Zuckerausscheidung verschwinden zu machen.

Medic.-chirurg. Gesellschaft zu Bologna.

Sitzung vom 21. Mai 1898.

Ghillini: Ueber den Einfluss von Nervenverletzung auf die Knochenentwicklung behauptet im Gegensatz zu einer Arbeit Kapsammer's im Langenbeck'schen Archiv auf Grund seiner Thierexperimente, dass Durchschneidung des Nervus ischiadicus Verkürzung der Knochen der betreffenden Extremität, Störung in der Entwicklung der Knochen im physiologischen wie pathologischen Zustande mache.

Afcoli hat durch eine Reihe von Experimentaluntersuchungen **den Einfluss der Leber auf die Harnsäure** bewiesen. Dem Leberkreislauf eingespritztes, mit Harnsäure gesättigtes Blut sowohl als auch Harnsäure rein oder in Lösung dem Blut hinzugefügt, ergibt, dass in der Leber beträchtliche Quantitäten Harnsäure verschwinden. Die Thätigkeit der Leberzelle besteht wahrscheinlich darin, dass sie die Harnsäure in Harnstoff umwandelt und vermehrte Galle absondert. In den Stoffwechselkrankheiten mit vermehrter Harnsäure im Blute kann es sich ebensowohl um übermässige Bildung von Harnsäure als um mangelhafte Verarbeitung derselben in der Leber handeln.

Hager-Magdeburg N.

XXIII. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege

zu Köln am 14., 15., 16. und 17. September 1898,

zugleich 25jähriges Stiftungsfest des am 15. September 1873 gegründeten Vereins.

Tagesordnung.

Dienstag den 13. September, 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung im Börsensaal des Gürzenich (Eingang Quatermarkt).

Mittwoch den 14. September, 9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Isabellensaal des Gürzenich (Eingang Martinstrasse oder Quatermarkt):

Eröffnung der Versammlung. Rechenschaftsbericht und geschäftliche Mittheilungen.

I. Ansprache des Vorsitzenden, Oberbürgermeister Fuss (Kiel), aus Anlass des 25jährigen Bestehens des Vereins.

II. Reichsgesetzliche Regelung der zur Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten erforderlichen Maassregeln. Referent: Regierungs- und Geh.-Medicinalrath Dr. Rapmund (Minden).

III. Die öffentliche Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe. Referent: Bahnarzt Dr. Blume (Philippsburg in Baden).

Von 4—6½ Uhr Nachmittags: Besichtigung von Hauptsammelcanal (Deutscher Ring am Springbrunnen); oder Kölner Meierei vereinigter Landwirthe (Moltkestrasse 43). An beiden Besichtigungen können Damen theilnehmen. 7 Uhr Abends: Festessen mit Damen im grossen Saal des Gürzenich. (Preis des Gedecks ohne Wein 4 Mark).

Donnerstag den 15. September, 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Isabellensaal des Gürzenich:

IV. Bauhygienische Fortschritte und Bestrebungen in Köln. Referent: Geh. Baurath Stübben (Köln).

V. Die Behandlung städtischer Spüljauche mit besonderer Berücksichtigung neuerer Methoden. Referenten: Prof. Dr. Dunbar (Hamburg). Civilingenieur H. A. Roechling (Leicester).

Mittagessen nach freier Wahl. Von 3—6 Uhr Nachmittags: Besichtigung von Schlacht- und Viehhof (Eisfabrik, Kühlhaus); Kgl. Impferzeugungsanstalt (im Schlachthof); Einschreiben in die Theilnehmerliste! oder Hohenstaufenbad (Herren und Damen); Augustahospital mit bacteriologischem Institut; mittlere Knabenschule in der Triererstrasse. Abends: Gartenfest im Volksgarten dargeboten durch die Stadt.

Freitag den 16. September, 9 Uhr Vormittags: Dritte Sitzung im Isabellensaal des Gürzenich:

VI. Ueber die regelmässige Wohnungsbeaufsichtigung und die behördliche Organisation derselben. Referenten: Medicinalrath Dr. Reincke (Hamburg), Oberbürgermeister Dr. Gassner (Mainz), Beigeordneter Marx (Düsseldorf).

Mittagessen nach freier Wahl. Von 3 Uhr Nachmittags ab: Besichtigung von Chocoladefabrik von Gebr. Stollwerk (Herren und Damen); Einschreiben in die Theilnehmerliste! Volksschule in der Zwirnerstrasse. Wasserwerk und Elektricitätswerk.

Samstag den 17. September: Gemeinsamer Ausflug nach dem Siebengebirge.

Preis für Dampfschiff und Mittagessen (ohne Wein) 6 Mark. Es wird dringend gebeten, die Karten im Bureau sofort zu lösen, da die Theilnehmerzahl rechtzeitig festgestellt werden muss.

Das ausgegebene ausführliche Programm enthält die Schlusssätze der Referenten über die I bis VI angeführten Themata.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Einladung zur Jahressitzung in Bonn am 16. und 17. September 1898.

Tagesordnung:

1. Geschäftliche Mittheilungen.
2. Antrag des Vorstandes: a) Die Jahressitzung weiterhin regelmässig im Frühjahr abzuhalten und zwar in der Woche nach Ostern. b) Als Versammlungsort mehrere Städte zu bestimmen, in welchen in regelmässigem Turnus die Jahressitzungen abgehalten werden. — Vorgeschlagen werden zunächst Berlin, Frankfurt a. M. und München.
3. Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Krankheiten. Referent: Herr Professor Dr. Thomsen-Bonn.
4. Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Referent: Professor Dr. Fürstner-Strassburg.
5. Ueber Markscheidenentwickelung des Gehirns und ihre Bedeutung für die Localisation. Referent: Herr Professor Dr. Siemerling-Tübingen.

Angemeldete Vorträge:

Herr Geheimrath Dr. Oebeke-Bonn: Das Rheinische Irrenwesen. — Herr Dr. E. Trömner-Berlin: Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens. — Herr Docent Dr. Schultze-Bonn: Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen. — Herr Docent Dr. Nissl-Heidelberg: Die Verwerthung des anatomischen Materials in Irrenanstalten. — Herr Director Dr. Sioli-Frankfurt a. M.: Die Fürsorge für Geisteskranke in den deutschen Grossstädten. — Herr Dr. Lührmann-Dresden: Ueber Stadtasyle. — Herr Dr. O. Vogt-Berlin: Zur Psychopathologie der Hysterie.

15. September, Abends von 8 Uhr ab: Zusammenkunft im «Kaiser Friedrich» in der Friedrichstrasse.

16. September, 9½ Uhr, Sitzung in der Provinzial-Anstalt. Pferdebahn bis zur Heerstrasse. — 1—2 Uhr Frühstück, dargeboten von der Verwaltung der Rheinprovinz. — 2 Uhr Fortsetzung der Sitzung. — 6 Uhr gemeinsames Mittagessen im Hôtel Kley.

17. September, 8—9½ Uhr, Besichtigung des klinischen Instituts in der Provinzial-Anstalt. — 9½ Uhr Sitzung. — 12¾ Uhr Abfahrt mit Schiff nach Königswinter, gemeinsames Mittagessen daselbst. Darnach Auffahrt zum Drachenfels.

Das Localcomité haben die Herren Pelman und Oebeke übernommen, für Damen die Damen Hertz und Thomsen.

Als Hôtels werden empfohlen: Hôtel Royal, Kley, Rheineck am Rhein, in der Stadt Goldener Stern, Rheinischer Hof, letzterer einfacher.

Der Vorstand.

Jolly-Berlin.	Fürstner-Strassburg.	Laehr-Zehlendorf.
Pelman-Bonn.	Schüle-Illenau.	Siemens-Lauenburg i. P.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Das Peronin ist nach den Erfahrungen, die Meltzer-Unterzöltzsch an einer Reihe von Irrenkranken gemacht hat, in Gaben von 0,04—0,1 ein Mittel, das ähnlich wie das Morphium, nur frei von dessen üblen Nebenwirkungen, in erster Linie beruhigend und dadurch namentlich Nachts einschläfernd wirkt. (Ther. Monatshefte 6, 1898.) Kr.

Unter dem Namen Phototherapie beschreibt (la Presse médicale No. 58) Prof. Niels Finsen in Kopenhagen ein Verfahren, welches, auf früheren, besonders durch die Röntgenstrahlen hervorgerufenen Versuchen beruhend, die bacterientödtende Eigenschaft des Lichtes zu therapeutischen Zwecken verwendet. F. hält es für nöthig, durch besondere Mittel — die genauere Beschreibung seiner Apparate muss im Original nachgelesen werden — die Wärmestrahlen (ultraroth, roth, orange, gelb), welche die Haut verbrennen könnten, auszuschalten und durch Methylenblau oder Ammoniumkupfersulfatlösung ein blaues oder blau-violettes Licht zu erzeugen, welches besonders bacterientödtend wirkt. Er benutzte das elektrische Bogenlicht und construirte einen ziemlich complicirten Apparat, um die divergirenden Strahlen desselben, conform den Sonnenstrahlen, parallel zu machen. F. wandte seine Methode vor Allem gegen Lupus vulgaris an, während einiger Tage bis mehreren Wochen wurde täglich 2 Stunden hindurch eine Stelle von 1—3 cm der Wirkung der Lichtstrahlen ausgesetzt und der Reihe nach wurden die anderen Theile so behandelt, bis der ganze Krankheitsheerd von der Wirkung der chemischen Strahlen getroffen ist. Unter deren Einfluss flachen allmählich die Ulcerationen ab, vernarben, die Röthe vermindert sich und die Haut nimmt ganz normale Farbe an. Finsen verfügt gegenwärtig über 59 Fälle, welche in Bezug auf Form, Ausdehnung und Dauer (2—40 Jahre) sehr verschieden waren. Alle diese Kranken mit Ausnahme eines einzigen wurden gebessert, 23 geheilt, 30 befinden sich noch in Behandlung, 5 schieden während derselben ohne Grundabgabe aus. F. wurde übrigens vom dänischen

Staate in seinen Versuchen noch weiter unterstützt und ihm zur Fortsetzung derselben ein eigenes phototherapeutisches Institut eingerichtet. St.

Seborrhoe capitis. Gegen die Schuppenbildung des behaarten Kopfes wird von Skinner im Amer. Med. and Surg. Journ. die Anwendung folgender Tinctur empfohlen:

Rp.:	Tinct. cantharid.	35,0
	Tinct. cinchonae	40,0
	Tinct. benzoes	15,0
	Spirit. lavendul.	30,0
	Ol. Ricini	5,0
	Alkohol	200,0. F. L.

Neuralgie. Im Medical Weekly findet sich folgende von Eulenburg als wirksam bei neuralgischen Schmerzen empfohlene Formel:

Rp.:	Ichthyol	
	Unguent. hydrargyri	aā 2,5
	Chloroform	
	Spirit. camphorat.	aā 15,0.

Ms.: Einreibung, vor dem Gebrauch gut zu schütteln. F. L.

Chronische Cystitis. Nach einer Mittheilung des North Americ. Practit. übt das Guajacol in Verbindung mit Jodoform bei hartnäckigen Fällen der chronischen Cystitis manchmal in Form einer Injection in die Blase günstige Wirkung aus. Die betreffende Vorschrift lautet:

Rp.:	Guajacol.	4,5
	Jodoform.	3,75
	Ol. olivar. sterilisat.	90,0
Ds.:	Zur Blaseninjection.	F. L.

Seekrankheit. Gegen das Erbrechen der Seekranken wird im Bulletin Medical als sehr wirksam empfohlen:

Rp.:	Menthol.	0,1
	Cocain hydrochlor.	0,15
	Syrup. simpl.	30,0
	Alkohol.	60,0
MDS.:	Halbstündlich ein Theelöffel.	F. L.

Verschreibung der Medicamente in Pulver- oder Kapselform. Nach Bricemoret gibt es 3 Arten von Medicamenten, die nicht in Pulvern oder Amyloidkapseln verordnet werden sollen. Die erste Gruppe umfasst die hygroskopischen Präparate: dazu gehören die Phosphorsäure und ihre Salze, die alkalischen Phospho-Glycerate, Natron brom. und jod., krystallisirtes Calciumchlorid, Strontium chlor. und brom, Ferrum ammonio-citr., Chloral und die trockenen vegetabilischen Extracte, ferner die meisten trocken dargestellten Peptone und Organpräparate.

In die zweite Gruppe gehören die Körper, die an und für sich zwar wasserbeständig sind, deren Mischung aber eine Verflüssigung bedingt, z. B. die Combination von Antipyrin mit salicylsaurem Natron.

Die dritte Gruppe wird gebildet von solchen Medicamenten, welche durch den Sauerstoff der Luft zersetzt werden, was sich äusserlich schon durch eine Verfärbung der Hülle kundgibt; hieher gehören unter anderen die alkalischen Jod- und Jodeisenpräparate und das Aristol. Die Zersetzung der Pulver lässt sich in manchen Fällen durch den Zusatz von Pulv. rad. liquirit. und Aufbewahrung derselben in gut geschlossenen Gefässen hintanhalten. (Practitioner.) F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. August. Von dem genaueren Ergebnisse der diesjährigen Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern wird bekannt, dass 12 Candidaten dieselbe mit Note I, 13 mit Note II und 4 Candidaten nicht bestanden haben.

— Hinsichtlich der Aufnahme strafgerichtlich verurtheilter Personen in die Kreisirrenanstalten auf Ersuchen der Straf vollstreckungsbehörden hat das k. b. Staatsministerium des Innern im Einverständnisse mit dem Justizministerium nähere Bestimmungen getroffen, wonach der Aufnahme in Ermanglung eines amtsärztlichen Gutachtens eine persönliche Untersuchung durch den Anstaltsdirector oder dessen Stellvertreter voranzugehen hat.

— Zu dem vom 5. bis 19. October d. Js. im hygienischen Institute zu Erlangen stattfindenden bacteriologischen Curse wurden 8 Aerzte zugelassen.

— Geh.-Rath Professor Dr. Robert Koch ist in Begleitung der Professoren Dr. Pfeiffer und Dr. Kossel vom Institut für Infectionskrankheiten, zu eingehendem Studium der Malaria in den Mittelmeerländern nach Italien, zunächst über Mailand nach Rom abgereist.

— Der Vereinsbund deutscher Zahnärzte hat auf seiner 8. Jahresversammlung in Eisenach beschlossen, eine Eingabe an den Bundesrath zu richten, in welcher anstatt der jetzt verlangten Primareife eines Gymnasiums bezw. Realgymnasiums in Zukunft das Reifezeugniss eines Gymnasiums oder Realgymnasiums, sowie ein längeres Universitätsstudium für die Zahnärzte gefordert werden soll. Es wurde eine Commission von 7 Herren, 4 Delegirten und 3 aus der Mitte der Universitätsdocenten zu wählenden Herren, ernannt, welche die Eingabe an den Bundesrath ausarbeiten soll.

— Ein Denkmal des Anatomen Josef Hyrtl wurde in Mödling bei Wien in den Gartenanlagen des von demselben gestifteten Waisenhauses enthüllt.

— Im preussischen Staate wurden im Laufe des Jahres 1897 152 Personen von tollen oder tollwuthverdächtigen Hunden gebissen. Davon starben 5 = 3,3 Proc. an der Tollwuth. Von den Verletzten blieben 21 ohne ärztliche Behandlung, von den Verstorbenen war 1 gar nicht, 2 unzweckmässig behandelt worden, 8 im Auslande in Tollwuth-Schutzstationen Behandelte blieben von Erscheinungen der Tollwuth frei.

— Pest. (China.) In Swatau waren vom 5. bis 15. Juni bei einer Einwohnerzahl von 32 500 Seelen täglich etwa 16 bis 18 Neuerkrankungen oder Todesfälle zu verzeichnen. Seit Mitte Juni ist indess eine Besserung eingetreten; Ende dieses Monats betrug die Zahl der täglichen Neuerkrankungen nur etwa 4, auch soll die Seuche an Bösartigkeit verloren haben. (V. d. K. G.-A.)

— Cholera. Nach amtlichen Berichten sind in Madras vom 9. Juli bis 5. August 117, vom 8.—22. August 55 Todesfälle an Cholera vorgekommen

— In der 31. Jahreswoche, vom 31. Juli bis 6. August 1898 hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Zwickau mit 38,6, die geringste Krefeld mit 7,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Altendorf.

(Hochschulnachrichten.) **Poitiers.** Dr. Malapert wurde zum Professor der chirurgischen Pathologie und operativen Medicin an der medicinischen Schule ernannt. — **Prag.** Habilitirt: Dr. C. Svehla für Kinderkrankheiten an der czechischen Universität. — **Rom.** Habilitirt. Dr. A. Regnoli für Geburtshilfe und Gynäkologie. — **Siena.** Habilitirt: Dr. A. Cristiani für Psychiatrie. — **Wien.** Habilitirt: Dr. Arthur Schattenfroh für Hygiene.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Friedr. Röder, appr. 1889, Dr. Raphael Levi, appr. 1898, Dr. Edwin Bräutigam, appr. 1898, sämmtlich in München.

Abschied bewilligt: im Beurlaubtenstande: dem Assistenzarzt der Reserve Dr. Georg Voelckel (Zweibrücken) behufs Uebertritts in k. preussische Militärdienste: dem Assistenzarzt der Reserve Wolfgang Riegel (I. München) behufs Uebertritts in den activen Stand das Sanitätscorps der Kaiserlichen Marine.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Eugen Alafberg in Kronach zum k. Bezirksarzte 1. Classe in Ludwigshafen a. Rh. Der prakt. Arzt Dr. Hugo Mott in Neumarkt a. d. Rott zum k. Bezirksarzt I. Classe in Nabburg. — Seitens des Generalstabsarztes der Armee wurde der einjährig-freiwillige Arzt Dr. Karl Wäldin des 4. Chev.-Rgt. zum Unterarzt in diesem Regiment ernannt und mit Wahrnehmung einer offenen Assistenzarztstelle beauftragt.

Gestorben: Dr. Christof Niedenthal, k. Bezirksarzt in Alzenau, 57 Jahre alt. Dr. Franz Xaver Zott, prakt. Arzt in Oberschneiding, B.-A. Straubing, 32 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 31. **Jahreswoche** vom 7. bis 13. August 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 50 (58*), Diphtherie, Croup 17 (22), Erysipelas 16 (9), Intermittens, Neuralgia intermi 1 (1), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbill. 4 (5), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 7 (9), Parotitis epidem. 2 (3), Pneumonia crouposa 10 (12), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 23 (18), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (22), Tussis convulsiva 39 (33), Typhus abdominalis 2 (3) Varicellen 5 (10), Variola, Variolois — (—). Summa 196 (205).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 32. Jahreswoche vom 7. bis 13. August 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern 1 (1*), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 7 (4), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 2 (—), Brechdurchfall 8 (12), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (3), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Tuberculose a) der Lungen 31 (25), b) der übrigen Organe 4 (2), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (2), Unglücksfälle 4 (4), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand — (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 213 (199), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 25,8 (24,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,5 (12,1), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,0 (11,1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.